UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, UFRN
NÍVEL DOUTORADO

SAÚDE PSÍQUICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Maria Teresa Pires Costa

Natal
2012

Maria Teresa Pires Costa

SAÚDE PSÍQUICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Tese elaborada sob orientação da Profª. Drª. Livia de Oliveira Borges e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Natal

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A tese "AVALIAÇÃO DA SAÚDE PSÍQUICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE", elaborada por Maria Teresa Pires Costa, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de DOUTORA EM PSICOLOGIA.

Natal, 18 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Livia de Oliveira Borges (Orientadora) _____

Prof. Dr. José Newton Gonçalves de Araújo _____

Profª Drª Mary Sandra Carlotto _____

Profª Dª Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira _____

Prof. Dr. Pedro Fernando Bendassoli _____

Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária.

Karl Marx.

Dedico este trabalho à memória dos meus pais Cristalino e Albertina e ao meu esposo Antônio. Eles me ensinaram que o amor incondicional existe.

.

Agradecimentos

Meu Deus, obrigado por ter me dado pais que me amaram e me ensinaram o caminho do bem! Foi no dia em que eles me receberam como filha que minha jornada começou. Com eles aprendi a buscar o caminho certo mesmo que por vezes a caminhada tenha sido mais difícil. O espírito livre de meu pai, que se autointitulou 'Cristalino o Peralta' em livro de memórias ainda não publicado, me marcou profundamente. Cresci vendo meu pai envolto nas palavras, lendo, discursando nas entidades de que fazia parte e conversando muito com quem dele se aproximasse. Tinha verdadeiro interesse em ouvir e contar histórias porque adorava estar com pessoas. Fazia amizades com facilidade e seu interesse no outro era autêntico. Meu pai me fez gostar de livros e de gente. Fez-me crer que não havia um limite para mim e não me cobrava resultados. Ficava feliz com cada coisinha e nunca, jamais, me criticou por nada. Minha mãe era a firmeza, a determinação em pessoa. Acho que sem ela talvez eu tivesse perdido o rumo de tão livre que me sentia. De modo que com ela aprendi a ser responsável pelas escolhas que fiz ao longo da vida. Por isso sou grata aos dois.

Agradeço ao meu esposo Antônio por ter me ensinado o sentido do amor incondicional quando nem Karl Rogers havia ainda me convencido que existia.

Agradeço também aos meus três filhos por terem sido a motivação maior dos meus atos mesmo sem saber. Perdoem-me os as ausências e os erros e saibam que tudo que fiz na vida foi por vocês e para vocês.

Agradeço a minha irmã Anísia pelo apoio e amor dedicado à Vitória, tão importantes durante minhas ausências.

Agradeço também ao Prof. Dr. Antônio Alves Filho com quem construí sólida amizade ao longo da jornada de vida e não somente na academia. Além de ser colega de turma, parceiro dos eventos e produções acadêmicas, Antônio foi o amigo mais disponível, coorientador extraoficial, terapeuta nas horas vagas e tanto mais que daria uma tese sobre apoio psicossocial. Quando batia aquele desespero típico dos doutorandos em final de período era para ele que eu ligava primeiro.

Agradeço ao Prof. Dr. Nicolau de Souza pelas aulas sobre o marxismo e por todo o incentivo que me deu sempre. Nicolau, você foi quem me deu o pontapé inicial.

Um agradecimento especial precisa ser feito à minha filha Maria Helena, hoje também docente numa IFE, que me auxiliou na coleta de dados no HUAB e na digitação do banco de dados da tese. Agradeço também às pesquisadoras Denise e Larissa que atuaram no HUOL.

Aos meus amigos queridos Fábio e Diana, Celita e Silvano, Aninha e Roberto, que ouviram muitas queixas quando eu estava sobrecarregada, que ficaram de lado sem reclamar quando eu fugia do contato para ter mais tempo para a tese, que me faziam rir quando o clima ficava tenso e que topavam minhas viagens malucas de carro, mesmo que durante os últimos quatro anos tenham sido tão rápidas pela ausência de férias verdadeiras.

À minha orientadora, professora Lívia de Oliveira Borges, por todos os ensinamentos, por ter tido paciência com minha teimosia em alguns momentos e por ter perdido a paciência quando foi necessário me conduzir. Espero prezar da sua amizade sempre.

Aos professores Drs. Pedro Bendassolli, Isabel Fernandes, Mary Sandra Carloto e José Newton de Araújo pelo aceite ao convite para participar da Banca Examinadora e contribuições à tese.

Ao Prof. Dr. Jorge Tarcísio da Rocha Falcão pelo apoio, incentivo e exemplo na minha vida acadêmica e na minha carreira docente.

À Cilene, Secretária do PPGPsi, que tantas vezes escutou minhas preocupações, me incentivou, não me deixou desistir e cedeu espaço para que Lívia me orientasse quando vinha a Natal.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRN, que contribuíram para meu aprendizado.

Aos diretores dos hospitais da UFRN, Dr. Ricardo Lagreca de Sales Cabral e Dra. Maria Claúdia de Medeiros Rubim Costa por permitirem a realização da pesquisa.

Aos colegas que auxiliaram minha inserção e se preocuparam com minha socialização nos campos de pesquisa. Em especial agradeço a Karla Vanessa e Joseneide Soares, no HUAB e João Alves e Antônio José, no HUOL.

Aos colegas profissionais de saúde pela colaboração como participantes da pesquisa e como incentivadores para que outros participassem.

Aos colegas do Grupo de Estudos Saúde Mental e Trabalho – GEST/UFRN, atual GEPET, pela paciência com minhas ausências depois que me tornei professora da UFRN.

Ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN) pelo apoio e incentivo dados sempre.

Aos colegas professores Profs. Drs. Maria Arlete Duarte de Araújo e Afrânio Galdino, do Departamento de Ciências Administrativas. Sem o auxílio precioso deles eu não teria tido o tempo necessário para concluir a tese.

À minhas querida monitora Amanda Menezes pelo auxilio valioso em sala de aula neste último ano.

Finalmente agradeço à UFRN, onde iniciei minha trajetória profissional ainda profissional de saúde, onde me graduei, me pós-graduei e onde hoje exerço minhas atividades como professora.

Sumário

Lista de tabelas xii

Lista de figuras xiv

Resumo xv

Abstract xvi

Resumen xvii

Capítulo 1. Apresentação: problematização, objetivo e justificativa do estudo 18

1.1 Dos interesse e motivações ao objetivo principal da tese 18

1.2 Relevância social 21

1.3 Perspectiva de análise 22

Capítulo 2. Os hospitais: sua origem, classificação e inserção no Sistema Único de Saúde 27

2.1 Histórico da assistência hospitalar 27

2.2 Classificações dos hospitais 28

2.3 A inserção dos hospitais no Sistema Único de Saúde 36

Capítulo 3. A assistência à saúde do servidor público federal 39

3.1 Marcos legais e normativos da assistência à saúde do servidor 39

Capítulo 4. Condições de trabalho em saúde 48

4.1 Estudos antecedentes sobre as condições de trabalho 48

4.2 Conceituações, tipologias e taxionomias das condições de trabalho 50

4.3 Condições de trabalho em saúde 59

Capítulo 5. Saúde psíquica dos profissionais de saúde 63

5.1 A saúde como ausência de doença 63

5.2 Saúde como bem-estar 65

5.3 Saúde como norma vital 67

5.4 Saúde como direito 69

5.5 Concepções sobre a relação entre saúde psíquica e trabalho e sobre o nexo entre trabalho e adoecimento 71

5.6 Proposição de um modelo ampliado de saúde 76

Capítulo 6. Método 80

6.1 Design da pesquisa 80

6.2 Participantes da pesquisa 82

6.3 Atividade de campo 83

6.4 Instrumentos de coleta de dados 85

6.5 Análise de dados 90

Capítulo 7. O contexto de pesquisa: os hospitais e os profissionais de saúde 93

7.1 Contexto histórico 93

7.2 Classificação dos hospitais 97

7.3 Análise institucional dos hospitais 98

7.4 A inserção dos hospitais em estudo no SUS 104

7.5 A assistência à saúde psíquica dos profissionais de saúde 107

7.6 Os participantes da pesquisa em seus contextos de trabalho 113

Capítulo 8. Avaliação das condições de trabalho segundo os participantes da pesquisa 121

8.1 Condições contratuais e jurídicas 121

8.2 Condições físicas e materiais de trabalho 126

8.3 Processos e características da atividade 135

8.4 Ambiente Sociogerencial 139

Capítulo 9. Avaliação da saúde psíquica dos profissionais de saúde nos hospitais da UFRN 149

9.1 Saúde psíquica dos profissionais de saúde 149

9.2 Bem-estar afetivo no trabalho dos profissionais de saúde 159

Capítulo 10. Compreensão da saúde psíquica em relação com as condições de trabalho nos hospitais da UFRN. 165

10.1 Saúde psíquica e condições contratuais e jurídicas 165

10.2 Saúde psíquica e condições físicas e materiais 166

10.3 Saúde psíquica e processos e características do trabalho 169

10.4 Saúde psíquica e ambiente sociogerencial 171

Capítulo 11. Considerações finais 177

Referências 185

Anexos

Anexo 1: Comprovante do protocolo de pesquisa apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN.

Anexo 2: Modelo da carta de solicitação de autorização dos hospitais para a realização da pesquisa

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 4: Protocolo de pesquisa

Anexo 5: Roteiro do grupo focal

Anexo 6: Modelo do diário de campo

Lista de tabelas

Tabela		Página
1	Resumo das metáforas de Morgan	34
2	Taxonomias das condições de trabalho	57
3	Posições de Thiollent (1997) sobre as características da pesquisação em comparação com a observação participante.	84
4	Categorias e subcategorias de avaliação das condições de trabalho	87
5	Dimensões de avaliação do Bem-Estar Afetivo no Trabalho	89
6	Estratégias metodológicas	90
7	Participantes da pesquisa por sexo	113
8	Participantes da pesquisa em intervalos de idades	113
9	Participantes da pesquisa por tempo de trabalho nos hospitais da UFRN	114
10	Participantes da pesquisa por tipo de cargo	115
11	Participantes por lotação interna e local de trabalho	116
12	Participantes da pesquisa por tipo de cargo e unidade assistencial	117
13	Participantes da pesquisa por nível de instrução	118
14	Participantes da pesquisa por nível de instrução e tipo de cargo	118
15	Participantes da pesquisa que ainda estudam	119
16	Participantes da pesquisa por jornada de trabalho estabelecida em contrato	122
17	Rendimentos mensais dos participantes da pesquisa	124
18	Participantes da pesquisa por contribuição na renda familiar	125
19	Média nos fatores das Condições Físicas e Materiais	126
20	Escores nos fatores das Condições Físicas e Materiais por hospital	129
21	Médias nos fatores dos Processos e Características do Trabalho	135
22	Escores nos fatores dos Processos e Características do Trabalho por hospital	138
23	Médias nos fatores do Ambiente Sociogerencial	140

24	Escores nos fatores do Ambiente Sociogerencial por hospital	143
25	Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de estresse	150
26	Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de Desejo de Morte	151
27	Participantes da pesquisa por tipo de cargo e escore sintomático de Desejo de Morte	154
28	Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de Desconfiança no Desempenho e Autoeficácia	155
29	Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de Distúrbio do Sono	156
30	Participantes da pesquisa por cargo e escore sintomático de Distúrbio Psicossomático	157
31	Distribuição dos participantes da pesquisa por cargo de contratação e escore sintomático de Saúde Geral	158
32	Escores nos fatores da JAWS	160
33	Agrupamentos da saúde psíquica	162
34	Grupos da saúde psíquica por hospitais	163
35	Percepção das condições físicas e materiais nos grupos de saúde psíquica	167
36	Correlação entre os fatores da dimensão das condições físicas e materiais de trabalho, os fatores do QSG-60 e as dimensões da JAWS–12	168
37	Percepção dos processos e características do trabalho nos grupos de saúde psíquica	169
38	Correlação entre os fatores da dimensão Processos e Características do Trabalho, os fatores do QSG-60 e as dimensões da JAWS – 12.	170
39	Percepção do ambiente sócio gerencial nos grupos de saúde psíquica	172
40	Correlação entre o ambiente sociogerencial e os indicadores de saúde psíquica	173

Lista de figuras

Figura		Página
1	Satisfação laboral em sua relação com as condições de trabalho	55
2	Afetos com relação ao trabalho	67
3	Modelo integrador de saúde e trabalho	72
4	Representação esquemática das conceituações de saúde	77
5	Modelo compreensivo de saúde psíquica no trabalho	78
6	Hierarquia das médias nos fatores das Condições Físicas e Materiais de trabalho	127
7	Hierarquia das médias nos fatores dos processos e características do trabalho	136
8	Hierarquia das médias no ambiente sociogerencial	140
9	Modelo de avaliação da saúde psíquica dos profissionais de saúde	178
10	Modelo de avaliação da saúde psíquica de servidores técnico-administrativos em educação	183

Resumo

A tese se propôs a avaliar a relação entre saúde psíquica e condições de trabalho em dois hospitais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a saber: Hospital Universitário Onofre Lopes e Hospital Universitário Ana Bezerra. Adotou como ponto de partida epistemológico a abordagem psicossociológica, considerando que a compreensão sócio-histórica do contexto é indispensável para entender os fenômenos em análise. As condições de trabalho e a saúde psíquica foram abordadas interdisciplinarmente, fundamentando a construção de um modelo compreensivo de saúde psíquica que orientou a investigação. O caminho metodológico utilizado foi a pesquisação. Essa foi desenvolvida, utilizando técnicas como análise documental, observação participante, entrevistas não estruturadas, grupo focal e aplicação de um protocolo de pesquisa composto pelo questionário de condições de trabalho, pelo Questionário de Saúde Geral (QSG-60), pela Escala de Bem-Estar Afetivo no Trabalho (JAWS-12) e por questões sociodemográficas. A análise dos resultados mostrou que os escores sintomáticos de saúde psíquica variam por hospitais e que a saúde psíquica sofre influência das condições de trabalho, sobretudo em aspectos referentes a três dimensões: condições físicas e materiais; processos e características do trabalho e o ambiente sociogerencial. Em referência à primeira dessas dimensões, destacaram-se a exposição aos riscos psicobiológicos e de acidentes, bem como as exigências de esforço físico. Na segunda dimensão, a complexidade das atividades e a responsabilidade implicada nas mesmas. E, na última, os fatores de organização da atividade, violência e ambiente conflitivo. Como a relação do indivíduo com seu contexto é dialética, os resultados encontrados corroboraram que quanto mais as condições de trabalho são desfavoráveis, maior a afetação da saúde psíquica e dos afetos com relação ao trabalho, repercutindo novamente no ambiente de trabalho. Portanto, ações de melhoria das condições de trabalho precisam ser estabelecidas para resultar, no efeito inverso, proporcionando o aumento dos afetos positivos e a redução dos sintomas psíquicos.

Palavras-chave: saúde psíquica, condições de trabalho, profissionais de saúde, saúde do trabalhador, trabalho hospitalar.

Resumen

La tesis se propone a evaluar la relación entre la salud psíquica y las condiciones de trabajo en dos hospitales de la Universidad Federal del Rio Grande do Norte, que son: Hospital Onofre Lopes y Hospital Universitário Ana Bezerra. Adoptó como punto de partida epistemológico el abordaje psicossociológica, considerando que la comprensión sociohistórica del contexto es fundamental para entender los fenómenos en análisis. Las condiciones de trabajo y la salud psíquica fueron abordadas en un marco interdisciplinario, fundamentando la construcción de un modelo comprensivo de salud psíquica que ha guiado la investigación. El camino metodológico utilizado fue la investigación-acción. Esta fue desarrollada, utilizando técnicas como análisis documental, observación participante, entrevistas no estructuradas, grupo de discusión y aplicación un protocolo de investigación compuesto el cuestionario de condiciones de trabajo, el Cuestionario de Salud General (GHQ-60), por la Escala de Bienestar Afectivo en el Trabajo (JAWS-12) y preguntas sociodemográficas. El análisis de los resultados mostró que las puntuaciones sintomáticas de salud psíquica varían por hospital y que la salud psíquica sufre la influencia de las condiciones de trabajo, principalmente en referencia a los aspectos referentes a tres dimensiones: condiciones físicas y materiales; procesos y características del trabajo y el medio ambiente sociogerencial. En referencia a la primera de estas dimensiones, se destacan la exposición a los riesgos psicobiológicos y de accidentes, así como las demandas de esfuerzos físicos. En la segunda dimensión, la complejidad de las actividades y la responsabilidad implica en ellas. Y, en la última, los factores de organización de la actividad, violencia y medio ambiente conflictivo. Como la relación del individuo con su contexto es dialéctica, los resultados encontrados corroboraron que cuanto más las condiciones de trabajo son desfavorables, más crece la afectación de la salud psíquica y de los efectos con relación al trabajo, reflexionando otra vez en el medio ambiente de trabajo. Por lo tanto, acciones para perfeccionar las condiciones de trabajo deben ser establecidas para generar, el efecto inverso, proporcionando el aumento de los afectos positivos y la reducción de los síntomas psíquicos.

Palabras claves: salud psíquica, condiciones de trabajo, profesionales de salud, salud del trabajador, trabajo hospitalario.

Abstract

This thesis aimed to assess the relationship between mental health and working conditions in two hospitals of the Federal University of Rio Grande do Norte, namely: University Hospital Onofre Lopes and University Hospital Ana Bezerra. It takes as its starting point the epistemological approach whereas psychosocial understanding of the socio-historical context is essential for understanding the phenomena under consideration. Working conditions and psychic health were approached with a interdisciplinary orientation, what justified the construction of a comprehensive model of health. It was theoretical support to this research. The applied methodological way was action research. This was developed for a set of techniques which include: documentary analisis, participant observation , unstructured interviews, focus group session, and application of a protocol by the questionnaire of working conditions by General Health Questionnaire (GHQ-60) and the Affective Well-Being Scale (JAWS-12) and questions about demographic characteristics. The analysis of results showed that in the symptomatic of mental health scores varied for the workplace, and that mental health is influenced by working conditions, especially in regard to psychobiological aspects Requirement Exertion and Risk of Accidents in dimension physical conditions and materials, complexity and responsibility, evaluated on the dimension processes and characteristics of labor, and the factors of organization activity, violence and environmental conflictive dimension environment sociogerencial. As the individual's relationship with its context dialectic, the found results corroborated that the more unfavorable working conditions, greater affectation of mental health and affections toward work occurred, reflecting again on the desktop. Therefore, actions to improve working conditions need to be established to produce in the opposite effect, providing increased positive affect and reduced psychological symptoms.

Keywords: mental health, working conditions, occupational health, occupational health, hospital work.

1. Apresentação: problematização, objetivo e justificativa do estudo

Este capítulo apresenta a problematização que conduziu a construção do objetivo geral de estudo bem como as razões que o motivam e justificam. Apresenta também a perspectiva de análise que norteará o desenvolvimento da pesquisa, segundo os pressupostos epistemológicos assumidos, pois que ajudam a compreender a construção do objetivo bem como a estrutura da tese como um todo.

1.1. Dos interesses e motivações ao objetivo principal da tese

O interesse pelo estudo surgiu em parte da experiência profissional de 21 anos da doutoranda, no trabalho em saúde, atuando primeiramente em uma unidade municipal de saúde; na sequência, no nível central da Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, no Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN. Em todos os locais, atuou na assistência ao paciente e vivenciando as condições de trabalho características do sistema público de saúde. Atuando no referido hospital a pesquisadora tornou-se responsável pelo gerenciamento dos recursos humanos e foi responsável pela administração de aspectos da vida laboral hospitalar que repercutiam direta ou indiretamente na saúde dos trabalhadores como: o trabalho em turnos; o trabalho noturno; as condições insalubres; as condições periculosas; as relações interpessoais entre pares, com a clientela ou com os superiores; diversos tipos de vínculos empregatícios com as instituições; trabalho semelhante ao fabril nos setores de nutrição e processamento da roupa hospitalar; a atuação rotineira; a urgência e a emergência. No ambiente daquele hospital existiam também situações que exigem o exercício de funções que não são exclusivas dos profissionais de saúde e que revelam interfaces como outras profissões. É o caso do trabalho administrativo, docente e assistencial. Observou-se que no hospital existem ambientes caracterizados pela alta tecnologia e outros em que os recursos são primários ou quase inexistentes. No momento seguinte, a pesquisadora fez parte do grupo de gestores da Pró-Reitoria de Recursos Humanos (PRH) da UFRN e logo compôs o grupo de profissionais que presta assistência direta ao servidor já em processo de adoecimento, realizando ações de diagnóstico e de tratamento psicológico da saúde destes, dentro do órgão da universidade designado para esta finalidade, que é o Departamento de Assistência ao Servidor (DAS), pertencente à PRH, o que proporcionou uma visão integrada de vários aspectos relacionados às condições de trabalho e seus efeitos sobre a saúde psíquica dos servidores da UFRN.

Ao lado da história pessoal da pesquisadora, é importante assinalar aspectos teóricos e técnicos que motivaram a pesquisa. Estudos preliminares mostraram que a relação entre saúde e trabalho tem sido alvo do interesse de vários pesquisadores, mas o foco na saúde psíquica no trabalho, enquanto uma linha de pesquisa, é recente, principalmente no Brasil. Santana (2006), fazendo um levantamento sobre os estudos de pós-graduação no Brasil, envolvendo a saúde do trabalhador até 2004, informa que o número de trabalhos, escassos até 1979, tornou-se crescente a partir da década de 1980. A autora mostrou que apenas 5,4% do total dos trabalhos até aquele ano foram relacionados à área de saúde psíquica e trabalho. Porém, analisando-se as temáticas descritas por ela, percebe-se que saúde psíquica e trabalho provavelmente também estão sendo tratados quando se aborda temas como acidentes e violência no trabalho (4,9%), ambiente e trabalho (1,7%), trabalho em turnos e noturno (1,4%), entre outros.

Há estudos que mostram o impacto das condições de trabalho sobre a saúde psíquica em categorias específicas. Uma parte deles versa sobre o trabalho em saúde como o de Nogueira-Martins (2003). Esse autor, descrevendo os aspectos do trabalho médico relativos à jornada de trabalho e às pressões estressantes resultantes do contato com os pacientes, entre outros fatores relacionados com as condições de trabalho, diz:

> Esta descrição sociológica do trabalho médico pode ser aplicada aos demais profissionais de saúde caracterizando-se um estado de insalubridade ocupacional que tem repercussões psicológicas significativas no profissional e em sua relação com os pacientes e que acaba resultando numa situação insatisfatória tanto para quem assiste (o profissional) como para quem é assistido (o paciente). (Nogueira-Martins, 2003, p. 61).

Em um estudo desenvolvido por Borges, Argolo, Pereira, Machado e Silva (2002) em três hospitais universitários do Rio Grande do Norte, constatou-se que o acometimento pela síndrome de *burnout* estava presente em todos e que escores moderado e alto, quando somados, atingiam 93% da amostra. Como a síndrome de *burnout* é uma consequência do stress crônico no trabalho, fica evidente o comprometimento da saúde psíquica em decorrência do trabalho naquele ambiente de pesquisa.

Toma-se como ilustração o estudo de Costa (2001) realizado no estado do Rio Grande do Norte sobre stress em enfermeiros. Esse estudo demonstra que existe o adoecimento na forma de stress, mas não faz uma relação precisa entre as condições de trabalho e as patologias apresentadas. Outro estudo sobre os profissionais de saúde e seu trabalho,

desenvolvido por Silva, Argolo e Borges (2005), mostra que existe exaustão emocional em profissionais da rede hospitalar pública da cidade de Natal, relacionada com o hospital onde o indivíduo trabalha, de que se pode esperar, que sejam os fatores relativos às condições de trabalho que estão influenciando o surgimento do quadro avaliado.

Considera-se também o efeito da saúde psíquica sobre o trabalho. Primeiramente, pode-se reportar aos resultados de levantamentos da Associação Brasileira de Psiquiatria (www.abpbrasil.org.br), reveladores de que as doenças mentais são responsáveis por cinco das dez principais causas de afastamento do trabalho no Brasil. No ramo de atividade da Administração Pública, Defesa e Seguridade Social no qual se inserem as universidades, de acordo com Barbosa-Branco, Albuquerque-Oliveira e Matheus (2004) um trabalhador tem 14 vezes maior probabilidade de demandar benefício por doença mental que os de outros ramos. Resultados de um estudo desenvolvido pela Divisão de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho da UFRN em 2003 (www.prh.ufrn.br), que apresenta o perfil de morbidade dos servidores da UFRN, apontam que os transtornos mentais constituem-se na quinta maior causa de afastamento do trabalho na instituição, correspondendo a 9,35% das licenças em 2002 (ano da coleta dos dados). Porém, constitui-se na segunda maior causa de dias de trabalho perdidos (o equivalente a 6.974, se somadas às diversas licenças dos trabalhadores). Os resultados do estudo da UFRN não abrangem a distribuição por categoria profissional. Porém, fazem referência às unidades de lotação com maior incidência de licenças, entre as quais se incluem dois de seus hospitais universitários.

O trabalho pode se constituir em um poderoso fator de identificação social e de bem-estar psicológico, se for percebido como tal, e em decorrência ser um promotor da saúde psíquica (Dejours, Dessors & Desriauxs, 1993).

Os trabalhadores em saúde são expostos a um só tempo a vários fatores de risco, entre esses estão: o trabalho em turnos, o stress decorrente do contato com clientes difíceis, pressões de tempo e prazos, dentre outros (Borges et al., 2002; Pitta, 1990). Além disso, nesse grupo de trabalhadores a existência de um transtorno psíquico leve pode gerar repercussões graves na saúde de quem é cuidado por eles, em face da possibilidade de se cometer erros, tomar decisões inadequadas e estabelecer relações interpessoais conflitantes.

Na literatura sobre saúde psíquica do trabalhador (por exemplo: Costa, Lima & Almeida, 2003; Murofuse, Abranches & Napoleão, 2006; Elias & Navarro, 2006), percebe-se que quando existe a conexão com o trabalho, há pouca atenção para os riscos de origem psicossocial, demonstrando a necessidade do avanço técnico-científico nesta área.

No ambiente hospitalar, a saúde psíquica do profissional pode se relacionar com a assistência prestada à população na medida em que perdas cognitivas e da estabilidade emocional de membros da equipe provocadas pelo adoecimento psíquico podem provocar sérias consequências na atenção ao paciente. Decisões erradas, desatenção aos protocolos de assistência aos doentes, falta de discernimento para julgar situações e estabelecer diagnósticos podem levar a erros graves que comprometem a vida humana, e a missão institucional de um hospital que é zelar por ela, e o bom entrosamento das equipes de trabalho. Desta maneira, a qualidade da assistência prestada pode expressar a própria saúde psíquica dos profissionais de saúde em um hospital.

Como visto no início deste capítulo, já se conhece que existe agravo psíquico aos trabalhadores em saúde e também naqueles que desempenham suas atividades nos hospitais da UFRN, o contexto de pesquisa, sendo necessário que se elucide de que modo estes agravos estão relacionados com organização do processo de trabalho, as relações interpessoais estabelecidas no ambiente laboral e as demais condições em que o trabalho é realizado.

Diante de tudo o que foi exposto o objetivo geral desta tese é avaliar a relação entre saúde psíquica e condições de trabalho em profissionais de saúde nos hospitais da UFRN.

1.2. Relevância social

O estudo será realizado em dois hospitais da UFRN – um hospital geral para adultos, e um hospital maternidade com pronto-socorro – com atendimento ambulatorial e unidades de internação. Neste contexto existe a possibilidade da exposição desses trabalhadores a vários riscos ao mesmo tempo; uma multiplicidade de condições de trabalho que também podem estar presentes em outras categorias profissionais, podendo incentivar novas pesquisas; a associação no mesmo ambiente do trabalho docente e técnico e atividades meio e fim. Essas razões também justificam em parte a proposta.

Outra justificativa decorre da necessidade apontada pela III Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador (2006) que em suas resoluções recomenda:

> 144. Implantar e manter métodos e técnicas que promovam a prevenção aos desconfortos físicos e mentais (cinesioterapia laboral, dinâmica de relaxamento de socialização e intervenções ergonômicas) e que sejam resultantes de uma avaliação prévia do trabalhador e de seu posto de trabalho visando à manutenção da saúde e da qualidade de vida do trabalhador durante sua jornada de trabalho.

Para que esses métodos e técnicas sejam planejados, selecionados e empregados mais adequadamente, é necessária uma compreensão do contexto de trabalho em sua relação com a saúde, para a qual a pesquisa pode oferecer importantes contribuições.

O estudo se justifica também pela responsabilidade que uma universidade possui em inovar e gerar novas formas de atender as demandas do meio no qual se insere, sendo a atenção à saúde do trabalhador uma delas. Além de que as informações geradas pela pesquisa nos hospitais podem subsidiar o estabelecimento de políticas e ações da Pró-Reitoria de Recursos Humanos (PRH) que através do seu Departamento de Assistência ao Servidor deve promover a saúde ocupacional dos servidores, da qual a saúde psíquica é parte integrante. Reconhecendo o exposto, a PRH[1], encaminhou documento à coordenação do Complexo Hospitalar e de Saúde da UFRN, órgão ao qual os hospitais estão vinculados, explicitando o interesse na realização desta tese e solicitando colaboração no sentido da articulação com as direções dos hospitais universitários campos de pesquisa oportunizando sua viabilização.

1.3. A perspectiva de análise

Como lembram Politzer, Besse e Caveing (1970), adotar um ponto de partida filosófico implica optar por uma concepção de mundo que resulta em consequências práticas, ou seja, em opções teórico-metodológicas decorrentes da fundamentação epistemológica subjacente à escolha e que se apoia em pressupostos que direcionarão o olhar sobre o objeto. Foi seguindo esse ponto de vista, que se considerou necessário expor aqui sucintamente a visão de mundo que norteou a elaboração do presente projeto de tese.

Nesta tese, adotou-se uma perspectiva que se enquadra nas tendências psicossociológicas. Segundo Alvaro e Garrido (2007) as tendências psicossociológicas agregam conhecimentos da Psicologia e da Sociologia para o entendimento do mundo do trabalho. Uma destas tendências decorre de uma visão de mundo existencialista, materialista-dialética. Para permitir a compreensão de tal perspectiva, aqui passaremos a identificar alguns de seus pressupostos básicos, que nortearam a elaboração do presente estudo.

A consideração do caráter sócio-histórico dos fenômenos se associa na perspectiva psicossociológica ao reconhecimento da necessidade de pressupor que o universal e o específico se relacionam de forma indissociável (Politzer, Besse e Caveing, 1970; Yakhot,

[1] Na gestão da UFRN, iniciada em 2011, a Pró-Reitoria de Recursos Humanos (PRH) passou a ser denominada Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP), conforme a Resolução n° 014/2011-CONSUNI, de 11 de novembro de 2011.

1975; Sartre, 1961). Não é possível compreender um fenômeno psicossocial sem considerar os múltiplos aspectos, relações e mediações envolvidas. Para entender a relação saúde psíquica e trabalho nos profissionais de saúde nos hospitais da UFRN é necessário conhecer o contexto sócio-histórico específico em que o fenômeno acontece. Tal contexto abrange marcos históricos relativos aos hospitais, prescrições legais e administrativas e a história não escrita, vivenciada no dia a dia de trabalho dos atores sociais envolvidos.

Como estudar saúde psíquica no trabalho implica um olhar sobre a conduta humana, de acordo com Álvaro, Garrido e Torregrossa (2007) há três níveis de análise diferentes: pessoal, interpessoal e social que, na prática, são indissociáveis e um atravessa o outro. E sem perder de vista essa noção de indissociabilidade, outros autores (por exemplo, Katzell, 1994; Schein, 1982; Zanelli & Bastos, 2004) têm sublinhado o nível meso de análise como o organizacional, que é social, mas não societal. Compreende-se que a apreensão da relação existente entre saúde psíquica e trabalho demanda se adotar uma perspectiva de análise, cujos pressupostos permitam compreender a complexidade dos fenômenos considerando o caráter histórico.

Outro pressuposto que se assumiu aqui diz respeito ao papel estruturante do trabalho para a vida humana. De acordo com Engels (1876/2008) "o trabalho ... é a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que até certo ponto podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem." (s.p.). Marx diz que conceitualmente trabalhar é agir intencionalmente sobre a natureza transformando-a, ao mesmo tempo em que o indivíduo transforma a si mesmo e à sociedade (Marx, 1890/2008). E se o homem constrói a sociedade, o trabalho estrutura não só a vida do indivíduo como sua vida social. A relação do indivíduo com o seu trabalho e a sociedade é, pois, dialética.

O trabalho implica na "... realização de tarefas que envolvem o dispêndio de esforço mental e físico, com o objetivo de produzir bens e serviços para satisfazer necessidades humanas" (Giddens, 1997, p. 578). Estas necessidades não são apenas as do indivíduo que trabalha, mas de um coletivo social. O trabalho é então, além de um ato voluntário do homem, um fenômeno social, que se concretiza pela atividade humana.

O trabalho realiza-se num contexto político e social, que também é importante para a constituição psíquica dos trabalhadores. De acordo com Marx e Engels (1846/2009) "... o homem tem "consciência". Mas esta não é, desde o início, consciência "pura". O espírito sofre, desde o início, a maldição de estar contaminado pela matéria,..." (p. 34).

Desta maneira o trabalho é uma categoria central na organização da vida humana e de todas as relações que se estabelecem entre os homens por gerar a materialidade sobre a qual se constrói a consciência, que para Marx e Engels (1846/2009) é a atividade humana.

Outro pressuposto adotado é que a existência precede a essência. (Politzer, Besse & Caveing, 1970; Sartre, 1961)[2]. O homem é o que ele faz, logo precisa existir para ser. Sua consciência é construída na existência, o que implica num plano material precedendo o psíquico e o social. Desta forma as condições concretas em que o trabalho é desempenhado são fundamentais para os significados que o indivíduo atribui a ele e que vão ter um impacto na sua saúde psíquica. Deste modo é necessário conhecer o papel do trabalho no grupo estudado, considerando as condições, relações e organização do trabalho.

Tal pressuposto é básico inclusive para a própria constituição do campo do saber designado por saúde psíquica e trabalho, no qual a presente pesquisa se situa. E influencia diretamente o sentido central da tese aqui defendida: a saúde psíquica de profissionais de saúde não é adequadamente avaliada por não serem considerados os riscos psicossociais do trabalho.

Para que se possa compreender o campo em que um fenômeno ocorre é necessário ao pesquisador conhecer aquilo que existe para o grupo pesquisado, ou seja, o que o grupo valida como real. Para conhecer o papel do trabalho na saúde dos profissionais de saúde nos hospitais da UFRN, o ponto de partida de busca dos conteúdos deve ser o campo.

Um deles se refere à relação do pesquisador com o campo empírico em que o estudo se desenvolverá, campo este já mencionado, em que estão esses atores sociais e com o qual o pesquisador deverá necessariamente se engajar e com ele interagir.

Numa perspectiva psicossociológica, o campo de pesquisa ganha um significado próprio, se o pesquisador adota o pressuposto de que os atores sociais ao mesmo tempo constroem a realidade e são construídos por ela num movimento dialético. O campo é antes de tudo um tema que contextualiza o objeto nele inserido (Spink, 2003). É um espaço, mas é também um significado num determinado tempo, para o qual contribuem atores diversos. A consideração de espaço e tempo reporta, por sua vez, a outra característica da perspectiva psicossociológica, a saber: o pressuposto segundo o qual todo fenômeno psicossociológico é histórico e suas variáveis mantêm relação dialética entre si. (Álvaro, 1995; Alvaro & Garrido, 2007). Portanto, a explicação de um aspecto de um fenômeno não está em si mesmo e sim, na relação que estabelece com outros aspectos do contexto em que ocorre. O paradigma

[2] Embora existam outros autores que discutam o existencialismo, nesta tese adotou-se a perspectiva sartreana.

científico tradicional tende a reduzir as investigações a unidades fragmentadas de análise quando é necessário um olhar sobre a totalidade do campo para delimitar o que é possível, factível e oportuno apreender dele num dado momento, conservando-se a noção de todo, proposta por Lewin (1965). Esses elementos psicológicos e não psicológicos formam um todo que é o próprio campo. Portanto não é possível compreender a saúde psíquica e condições de trabalho dos profissionais de saúde nos hospitais da UFRN a não ser pelo olhar sobre este todo, do qual o método adotado para a pesquisa deverá dar conta, para que dele possa emergir o conhecimento científico. Embora se assuma também que nunca se consegue apreender o todo plenamente. O olhar do pesquisador é sempre imperfeito e deve consistir na tentativa de aproximar-se à realidade que estuda ou explora.

Quando se adota uma abordagem psicossociológica para a análise de fenômenos complexos, como são os pertencentes ao campo da saúde psíquica no trabalho, apoia-se num determinado contexto (o campo como já designamos anteriormente) no qual o objeto de estudo existe. Ao fazermos isto reconhecemos que o conhecimento científico não é absoluto, posto que é fruto de um determinado momento histórico e social no qual um problema é elucidado. Mas isto não esgota todas as possibilidades de resolução do problema, pois o conhecimento não é estanque. Porém, é provável que possa ser aplicado e replicado em contextos que se assemelhem. O conhecimento científico é relativo à história porque existe em um determinado contexto que a valida. A produção do conhecimento é, portanto, processual (Fontes, 2001). É necessário, portanto, um método de pesquisa que dê conta desta processualidade e ao holismo que o caracteriza. Um método de pesquisa adequado a este novo paradigma, é a pesquisação, como proposto pelo próprio Lewin, e que será adequadamente descrito no capítulo de método.

No campo da saúde psíquica no trabalho, no qual se insere este estudo, a adoção da perspectiva psicossociológica exige um enfoque que considere a multidimensionalidade e multideterminação dos fenômenos como propõem Álvaro (1995) ao assinalar a necessidade de considerar tal caráter nas pesquisas em Psicologia Social e Katzell (1994), com relação à Psicologia do Trabalho e das Organizações. Tal implicação da perspectiva de análise norteará o polo teórico desse projeto como se verá adiante. Está também relacionada com o reconhecimento da necessidade de articulação entre os níveis de análise individual, interpessoal, grupal, organizacional e societal (articulação essa já mencionada anteriormente) e ademais favorece a utilização de conhecimentos provenientes de várias disciplinas para se compreender os fenômenos em sua magnitude (inter e multidisicplinariedade).

Essas considerações permitem supor que mais de uma técnica de pesquisa será necessária para que se possa apreender a realidade dos hospitais da UFRN e aproximá-la do conhecimento produzido de uma forma que permita uma compreensão sócio-histórica do homem frente a suas condições de trabalho e da saúde psíquica como um processo em que o trabalho é peça fundamental, permitindo a atuação produtiva do ser e o estabelecimento de grande parte de suas relações sociais.

Como reflexo da perspectiva psicossociológica, os dois próximos capítulos representarão aproximações do campo de pesquisa, tratando de marcos institucionais: a inserção dos hospitais no SUS e a função de assistência à saúde do servidor. Após a abordagem do contexto nos termos mencionados, nos capítulos 4 e 5 será apresentado o quadro teórico sobre condições de trabalho e saúde psíquica do trabalhador. O polo técnico inicia no capítulo 6 que descreverá o delineamento da pesquisação e seu detalhamento. No capítulo 7 será retratado o contexto de pesquisa constituído pelo Hospital Universitário Onofre Lopes, Hospital Maternidade Ana Bezerra e pela assistência à saúde psíquica dos profissionais de saúde ofertada pela UFRN a esses profissionais. O capítulo 8 apresentará os resultados da avaliação das condições de trabalho nos hospitais campos da pesquisa. O capítulo 9 mostrará a avaliação da saúde psíquica dos profissionais de saúde nesses hospitais. O capítulo 10 contemplará as relações existentes entre saúde psíquica e condições de trabalho encontradas no estudo. As considerações finais serão apresentadas no Capítulo 11 e na sequência deste serão relacionadas às referências utilizadas no estudo. Para finalizar, serão disponibilizados para análise dos leitores os instrumentos de pesquisa.

2. Os hospitais: sua origem, classificação e inserção no Sistema Único de Saúde

O trabalho de campo da pesquisa foi realizado em dois hospitais universitários. Desenvolveu-se o presente capítulo, então, para dar conta de questionamentos iniciais, como: e o que é um hospital? Como historicamente se constitui essa instituição social? A que funções responde? No Brasil que regulação o Ministério da Saúde aplica a essa instituição? Quais os princípios norteadores de tal regulação? Para responder questões como essas e levantar indagações sobre a relação dos profissionais de saúde no contexto hospitalar, desenvolveram-se, então, levantamento bibliográfico e consulta a documentos do governo federal e Ministério da Saúde.

2.1. Histórico da assistência hospitalar

A assistência aos doentes existe desde os primórdios da humanidade, embora hospitais, como entidades distintas sejam bem mais recentes. De acordo com Graça (1996) a palavra hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva) significando também o que dá agasalho, que hospeda. O autor reporta que o *Hôtel-Dieu* fundado no Séc. VII em Paris, (provavelmente por volta de 651), é considerado hoje o mais antigo dos hospitais existentes em todo o mundo. No ano de 1772, o hospital Hotel de Deus com 1700 leitos sofreu um incêndio deixando a população desassistida. Segundo ele, renomados cientistas da época como Tillet, Tennon e Laplace uniram-se para formular normas para a reconstrução, sendo as primeiras normas de ordenamento hospitalar de que se tem notícia. Só em 1854, o Hotel de Deus voltou a operar com 1200 leitos e capacidade planejada de 5000.

Para Borba (1989), em virtude, de sua formação histórica por muito tempo os hospitais foram tidos como casas de caridade, de responsabilidade de grupos religiosos ou do Estado adotando um sistema paternalista e amadorístico que para o autor se mantém até os dias atuais. Para ele o pouco conhecimento que a comunidade possui dos mecanismos e estruturas que caracterizam o hospital como empresa, contribui para a não alteração dos processos organizacionais. (Borba, 1989).

Segundo Martins (2002), os primeiros hospitais brasileiros surgiram com o descobrimento do Brasil pelos Portugueses; neles foi cristalizado o espírito cristão e sempre foram reconhecidos como recursos necessários à comunidade. A forma de assistência

utilizada teve origem no movimento iniciado na Idade Média na Itália e denominado Misericórdias, que tinham como propósitos amparar as pessoas com dificuldades diversas. Daí a evolução para as Santas Casas de Misericórdia, que adquiriram personalidade jurídica e tornaram-se unidades de assistência à saúde, dirigidas por leigos.

No Brasil, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi fundada por Braz Cubas em Santos, no ano de 1543, no Estado de São Paulo. (A seguir, surgiram casas nos estados da Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraíba, Pará, Amazonas).

A assistência hospitalar no Brasil até 1930 era dedicada às pessoas que pagassem. Não se constituía em direito, mas em ato de caridade, geralmente praticado por instituições religiosas. A partir da década de 1930, com a proliferação das instituições beneficentes e filantrópicas, e as casas de caridade (geridas por cidadãos beneméritos) os indigentes, ou seja, a parcela da população que não tinha condições de pagar pela assistência, passou a ser melhor assistida.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência hospitalar pública no Brasil era mantida pelas contribuições dos institutos de previdência, destacando-se entre eles o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Não havia então igualdade de condições de assistência para os indigentes (não contribuintes), contribuintes do INAMPS e pacientes particulares pagantes. Somente com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a população brasileira passou a ter direito a assistência hospitalar indiscriminadamente.

No Rio Grande do Norte a história da assistência à saúde confunde-se com a história dos hospitais da UFRN. Dentre eles destaca-se o Hospital Universitário Onofre Lopes e a Maternidade Escola Januário Cicco, respectivamente o primeiro hospital geral do estado e a primeira maternidade, que durante a segunda grande guerra mundial foi utilizada como instalação militar. Ambos se localizam em Natal.

2.2. Classificações dos hospitais

O Ministério da Saúde (MS) define hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes. De acordo com o MS cabe ainda aos hospitais supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Mirshawka (1999) estabelece definição diversa de hospital, que seria destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Diz ainda o autor que um hospital poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (por exemplo, hospital adulto), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a uma a finalidade específica (hospital de ensino). Também poderá ser um hospital especializado, destinado predominantemente a pacientes necessitados de assistência de uma determinada especialidade médica (como por exemplo, um hospital cardiológico). A classificação apresentada não corresponde à realidade do sistema de saúde brasileiro pois, após a implantação do SUS, mesmo os hospitais militares, sendo mantidos por recursos públicos, tem obrigação de prestar assistência indistinta à população. Considera-se aqui o exemplo do autor para finalidade equivocado, pois o ensino não subsiste sem a assistência que é a razão primeira da existência de um hospital.

A Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião realizada em Genebra, de 18 a 23 de junho de 1956, definiu hospital como "uma parte integral de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva – cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente" (OMS, 2006). É também, um centro destinado ao treinamento de pessoal de saúde, bem como à pesquisa biossocial (OMS, 2006). Percebe-se que esta definição é muito abrangente e certamente traduz a realidade de muitos outros países em que os hospitais prestam quase toda a assistência disponível. No Brasil, com o SUS, os hospitais tem um papel específico na rede assistencial. No caso específico dos hospitais universitários, estes se constituem em unidades de referência, prestando assistência terciária.

Martins (2002) adota uma conceituação dos hospitais do ponto de vista econômico, financeiro e social. De acordo com ele os hospitais podem ser descritos como grandes empresas, pois seus ativos, passivos, custos diretos e indiretos e receitas médicas somam milhões. Por isso são considerados recursos necessários à comunidade e devem ser administrados para gerarem serviços hospitalares resolutivos, qualitativos com o menor custo possível, para que se perpetuem.

> De acordo com a Organização Pan-americana de Assistência à Saúde (OPAS) (2004)
>
> O hospital é uma empresa social, porquanto suas ações se orientam ao cumprimento de objetivos fixados nas políticas públicas de saúde de um país, na medida em que produz serviços que respondem com efetividade, às necessidades e às demandas sociais, independente da natureza jurídica do estabelecimento. (2004, p. 124).

Para cumprir seu papel com eficiência e efetividade os hospitais integram-se a um sistema sanitário, o que permite a OPAS classificá-los segundo sua posição relativa numa rede como:

- ✓ Hospitais de baixa e média complexidade: atendem a demanda espontânea, sem derivações intermediárias. Isto significa que o usuário pode procurar o hospital sem necessidade de encaminhamento prévio e que receberá assistência primária ou secundária de saúde (prevenção e promoção da saúde). São geralmente, porta de entrada da rede assistencial. O cidadão é o cliente.
- ✓ Hospitais de baixa e média complexidade pertencentes a uma rede: atendem a demanda específica do sistema, com marcação ou encaminhamento prévio, para consulta de especialidade ou para hospitalização. O cliente é a rede de saúde da qual fazem parte.
- ✓ Hospitais de referência: proporcionam tratamento de alta-complexidade. Não atendem demanda espontânea, prestando serviços à rede.

Para a OPAS (2004), os hospitais também podem ser categorizados pelo seu nível de complexidade (atenção primária – ou preventiva, secundária - ou curativa e terciária – ou restaurativa), por sua infraestrutura (especialização, capacitação dos recursos humanos, tecnologias incorporadas), pelo seu número de leitos (pequeno, médio ou grande porte), pela sua dotação específica de recursos humanos (especialização), pela subseção que atende (especialidade).

É oportuno esclarecer o conceito de redes de atenção como "... sistemas nos quais, por meio de um conjunto de recursos assistenciais satisfazem-se as necessidades de saúde de uma população determinada em uma área geográfica dada" (OPAS, 2004, p.78). Esse conceito traz implícito a compreensão dos componentes da rede e do próprio hospital como um sistema aberto, em interação com seu meio que, para Borba (1989, p.9), se constitui num "...organismo vivo que empresta sinergia, vida, comportamento e atitudes ao grupo que o compõe. Destarte, o hospital é o espelho daquilo que seus dirigentes lhe impõem como cultura organizacional". Porém uma organização é o reflexo das pessoas que nela trabalham e estabelecem suas relações sociais. O próprio Borba, embora em sua conceituação empreste vida à organização, como se ela não fosse abstrata, quando faz referência à cultura deixa transparecer que as pessoas dão a feição daquilo que a organização vem a ser. Evidentemente pessoas e organização vão manter entre si uma relação dialética.

Os objetivos básicos dos hospitais, de acordo com a OMS (2006) são os de prevenir, diagnosticar e restaurar as doenças, educar e desenvolver pesquisas para a geração de saúde. As atividades preventivas devem ser concretizadas com o acompanhamento da gravidez e do nascimento; com o desenvolvimento da criança e do adolescente; com programas de vacinação, campanhas contra febres, doenças sexualmente transmissíveis, invalidez física e mental. A restauração da saúde é realizada pelo hospital por meio das atividades de diagnósticos e tratamentos. Se esses forem realizados com qualidade e rapidez, os hospitais tornam-se centros geradores de saúde. As atividades educativas correspondem a programas de treinamento nas áreas de serviços médicos de diagnósticos, tratamento, internação e de apoio gerencial para o público interno e externo. Para prevenir, diagnosticar, restaurar doenças e educar para suas atividades, o hospital deve ser dinâmico e manter-se atualizado, testando e pesquisando sistematicamente a tecnologia de serviços médicos, de diagnósticos e de apoio (OMS, 2006). Na realidade brasileira, com o Sistema Único de Saúde, a definição se adequa melhor ao SUS.

Pode-se então caracterizar um hospital como um estabelecimento de saúde, possuidor de diferentes níveis de diferenciação e meios tecnológicos cujo objetivo principal é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. Esses cuidados envolvem o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e podem ser prestados em regime de internamento ou ambulatório. Compete-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino com vista, a resolver problemas de saúde de forma conjunta e articulada com outras instituições. Nesse contexto, o hospital de ensino, de acordo com a Portaria Interministerial Nº 1006/MEC/MS de 27 de maio de 2004 é "... um local de atenção à saúde de referência para a alta complexidade, formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento tecnológico numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde".

Segundo Mac Eachern (1988, conforme citado por Mirshawka, 1999, p. 22,) o hospital tem como objetivo fundamental, um simples propósito: "receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal".

Verificou-se anteriormente, que dessa relação hospital-comunidade, a finalidade principal da instituição hospitalar se resumiu ao cuidado da doença. Segundo Mirshawka (1999), "... as funções do hospital foram sendo alteradas e atingiram tal complexidade que hoje, é impossível aceitarmos a ideia simplista do diagnóstico e tratamento da doença". (p. 24),

As funções do hospital geral foram discutidas, segundo Mirshawka (1999), pela Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde. Essa comissão concluiu que não seria possível limitar suas atividades de assistência hospitalar somente aquelas curativo-restaurativa e preventiva, e com isso decidiu reavaliar suas funções, e organizá-las no sentido de servir às necessidades do ensino e da pesquisa. As funções padronizadas por aquela Comissão segundo o autor (1999, p. 24 e 25) foram:

1. **Restaurativa**, compreendendo:

a) *diagnóstico*: ambulatório e internação;

b) *tratamento da doença*: curativo e paliativo, envolvendo os procedimentos médicos, cirúrgicos e especiais;

c) *reabilitação*: física, mental e social;

d) *cuidados de emergência*: acidentes e doenças (mal súbito).

2. **Preventiva**, incluindo:

a) supervisão da gravidez normal e nascimento da criança;

b) supervisão do crescimento normal da criança;

c) controle das doenças transmissíveis;

d) prevenção das enfermidades prolongadas;

e) prevenção da invalidez mental e física;

f) educação sanitária;

g) saúde ocupacional.

3. **Ensino**, incorporando:

a) graduação médica;

b) pós-graduação: especialidades e praticantes em geral;

c) enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;

d) interessados em Medicina Social;

e) outras profissões correlatas.

4. **Pesquisa**, reunindo:

a) aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença;

b) práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

Assim, a simples ideia de função restaurativa já deve pressupor a existência de uma entidade provida de instalações, equipamentos e organizações a fim de permitir o estabelecimento do diagnóstico precoce e tratamento adequado das doenças (Mirshawka p. 35, 1999), o que supõe a existência de recursos tecnológicos e pessoal especializado.

De acordo com Borba (1989), a grande evolução hospitalar ocorreu justamente através da tecnologia.

> No campo hospitalar e de saúde, os produtos (serviços médicos) têm evoluído de forma rápida e sensível, a tal ponto que as grandes inovações científicas se expressam neste campo, principalmente através da engenharia médica. Deste modo as ciências básicas, a genética e as ciências médicas aplicadas têm recebido um sem-número de novos e eficazes equipamentos, o que tem provocado uma verdadeira revolução tecnológica (p. 8)

Porém, de nada adianta a tecnologia sem o elemento humano. A revolução tecnológica só ocorre porque há um homem para pensar, desenvolver ou operar a máquina. A ação humana é o desencadeador da evolução e da mudança. E antes mesmo de qualquer mudança, são os homens que formam as organizações tanto do ponto de vista do que elas são como do que nelas ocorre.

Os estudos organizacionais, de acordo com Bastos, Loiola, Queiroz e Silva (2004) adotam visões que assumem a organização ora como entidade, ora como processo. Vistas como entidade, concebe-se que as organizações possuem normas, valores e expectativas que antecedem o ingresso dos sujeitos e moldam as ações e comportamentos desses; que sua subsistência temporal independe das pessoas. Admite-se também que as organizações possuem suas próprias ações, políticas e declarações; são capazes de aprender e possuem cultura própria e se relacionam com outras organizações em seu ambiente. Isto é o que propõem teóricos, incluindo os institucionalistas Hall e Taylor (2003) e North (1991), que consideram instituições como capazes de estruturar a natureza e os resultados dos conflitos nos grupos.

Tomadas como processo, as organizações resultam da interação social, onde os indivíduos são os agentes causais e responsáveis pelos fenômenos organizacionais. Por este prisma, os indivíduos com poder definem estrutura, normas e rotinas e modelam decisões estratégicas. Reconhece-se então que os fenômenos organizacionais são dependentes da interação das pessoas.

Esta é também a visão de Reed (1999), que afirma serem as organizações:

> ...uma “ordem” socialmente construída e sustentada, necessariamente fundamentada em reservas localizadas de conhecimento, em rotinas práticas e mecanismos técnicos mobilizados por atores sociais em suas interações e discursos do dia-a-dia. (Reed, 1999, p. 97)

Azevedo, Braga Neto e Sá (2002), entre outros autores que adotam uma perspectiva psicossociológica de análise, propõem que uma instituição não existe fora das organizações concretas que ela produz e atribui sentido. Assim, se a instituição é o lugar do poder, a organização será o lugar dos sistemas de autoridade (da repartição de competências, de responsabilidades). Logo, os hospitais, embora sejam instituições, são em sua essência organizações de saúde em que o trabalho profissional é complexo e especializado. Nesse contexto, os trabalhadores necessitam de autonomia e se valem de constante negociação para realizar suas tarefas. O poder é partilhado (ou dividido) entre grupos e os conflitos são frequentes, como também o processo de elaboração de estratégias para fazer frente aos interesses de serviços que ora são interdependentes, ora funcionam autonomamente. (Mintzberg, 1989).

Outro autor que contribui para uma compreensão psicossociológica das organizações, é Morgan (1996) que propõe a utilização de metáforas. Segundo este autor, "Usar uma metáfora implica *um modo de pensar e uma forma de ver* que permeia o modo como vemos nosso mundo em geral." (p.16). O próprio autor reconhece que cada metáfora provoca uma visão parcial sobre o comportamento individual e coletivo. Mas o conjunto de visões permite uma compreensão do contexto. A Tabela 1 apresenta as características de cada metáfora.

Tabela 1
Resumo das metáforas de Morgan

Metáfora	**Características**
Máquina	Espera-se nos indivíduos um comportamento mecanizado, preciso, obediente e na organização, que esta receba e processe seus insumos e os devolva ao ambiente.A organização é burocrática com grande divisão de tarefas.
Organismo	As organizações são vistas como organismos vivos, que interagem com o meio e os indivíduos fazem parte do sistema. Constitui-se uma ecologia social onde a satisfação individual está relacionada com o sucesso da organização.
Cérebro	A ideia é de um holograma onde a organização é capaz de autorreproduzir-se onde os indivíduos são capazes de redesenhar processos e aprender a aprender.
Cultura	Cada organização possui sua cultura e sub-culturas. Os indivíduos seguem normas e padrões de conduta.
Sistemas políticos	Estão em jogo interesses, conflitos e poder. Os conflitos dão força a mudança.
Prisão psíquica	Os indivíduos são aprisionados por seus pensamentos e crenças e pelo excessivo racionalismo.
Fluxo e transformação	A luta entre opostos é o determinante de toda a mudança organizacional, num movimento dialético.
Instrumentos de dominação	A organização representa a dominação de indivíduos resultante de um modo de produção.

Fonte: adaptado de Morgan (1996)

A utilização das metáforas propostas por Morgan (1996), como colocam Bastos, Loiola, Queiroz e Silva (2004) "... fornece uma perspectiva, sempre parcial, de compreensão do objeto. Assim, o uso de uma metáfora sempre produz uma descoberta unilateral, levando outras interpretações para um papel secundário." (p. 107). O uso de cada metáfora isoladamente não permite uma análise psicossociológica aprofundada, mas auxilia a compreender o pensamento administrativo que levou organismos como o Ministério da Saúde (2006), a OPAS (2004) e autores que se dedicam aos estudos organizacionais em hospitais como Borba (1989) e Mirshawka (1999), a adotarem conceituações ora sistêmicas, ora mecanicistas para descrever as organizações hospitalares.

Para compreender as instituições hospitalares é necessário, contudo, atentar para o que propõe Guerreiro Ramos (1981) e avaliar "problemas de ordenação dos negócios sociais numa microperspectiva, tanto quanto numa perspectiva macro" (p. 35). Para ele não é possível estudar os fenômenos organizacionais sem considerar as condutas individuais e vice-versa. Este posicionamento leva a adotar uma perspectiva psicossociológica de análise, que pressupõe uma abordagem mais ampla, permitindo compreender a dinâmica organizacional em suas várias facetas. De acordo com Ramos, Peiró e Ripoll (2002) adotar essa perspectiva consiste em compreender que cada ato dos indivíduos é também um ato da organização.

Nesta mesma linha de pensamento Srour (2005) concebe as organizações como sistemas abertos e campos de forças, com peculiaridades e características resultantes do contexto no qual estão inseridas e alerta que todo espaço social é "...um terreno de contradições em que agentes coletivos se defrontam, com base em interesses divergentes e em credos ou *ethos* dissonantes" (p. 156-157).

Para Srour (2005, p.152) diferentes tipos de relações são perceptíveis quando se realiza uma análise organizacional: as relações estruturais que articulam classes e categorias sociais; as relações de consumo que vinculam a organização ao seu público-alvo; as relações interpessoais ou interindividuais que conectam seus indivíduos. Para o autor, a análise psicossociológica focaliza esta última gama de relações. De acordo com ele "o espaço social não é povoado por indivíduos, mas por relações sociais" de que as pessoas são portadoras. Desta forma, toda organização constitui um microcosmo com características predominantes que permitem três dimensões analíticas: a econômica, que conduz às relações de haver ou de produção; a política, que leva às relações de poder; a simbólica que aponta para as representações imaginárias da coletividade. O autor não faz menção aos hospitais, mas a perspectiva de análise organizacional que propõe, permite compreender o trabalho hospitalar como uma relação de forças, considerando o trabalho uma relação social polarizada em

interesses individuais e coletivos em que cada polo da relação sofre o efeito dos recursos, poderes e apoios e saberes e conhecimentos. Esta característica de contínuo vir a ser, segundo Cardoso e Cunha (1993), marca tanto a trajetória dos indivíduos quanto das organizações, que estão sempre em processo de produzir e se produzir, como agentes da história social.

As visões apresentadas anteriormente assumem um caráter psicossociológico de abordagem das organizações evidenciando a aceitação que o homem produz o seu meio e é produzido por ele e a constatação que o trabalho é o elemento central neste processo, uma vez que qualquer mudança produtiva, por mínima que seja, ajuda a construir a mudança social, partindo-se do reconhecimento de que toda a vida humana acontece no seio de instituições e, que em interação com elas o indivíduo introjeta valores e significados para as experiências vividas, descobre interesses e constrói identificações. Seu mundo interior é criado, ao mesmo tempo em que seu comportamento individual e grupal é modelado. Ao mesmo tempo este indivíduo constrói o mundo que o rodeia e é responsável pelas escolhas que faz, inserido num determinado contexto sócio-histórico.

A sociedade voltada para o mercado caracterizou o homem normal como um ser capaz de produzir e consumir bens. Ao mesmo tempo, a doença o posiciona como produtor de baixa qualidade que precisa ser melhorado ou, melhor administrado. Assim o homem doente sofre, no hospital, a influência dos fatores que permeiam a vida organizacional. E, em algumas vezes, o doente não é apenas aquele que está ocupando o leito e solicitando os serviços, mas aquele que ocupa o papel de seu cuidador, ou seja, o doente é o próprio trabalhador da saúde, nem sempre cônscio de seu adoecimento.

As organizações são o espelho da sociedade e não poderia ser diferente com os hospitais. Historicamente, esses são a representação da luta incansável do homem contra o sofrimento e a morte e em prol da própria vida. Refletem a dor, a angústia e a fraqueza do meio social, mas também a força, o desenvolvimento e a vontade de vencer. Os hospitais ocupam, portanto, um lugar na sociedade que é tanto simbólico quanto real uma vez que fazem parte de redes assistenciais.

2.3. A inserção dos hospitais no Sistema Único de Saúde.

De acordo com Polignano (2007, s.p.), o SUS foi concebido como:

> o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações

mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

É importante evidenciar que apesar do sistema de saúde ter sido definido pela Constituição de 1988, foi regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica Assistência a Saúde (LOAS) que define o modelo operacional do SUS, propondo a sua organização e funcionamento; adota uma definição de saúde que tem fatores determinantes e condicionantes como: "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais" e define princípios doutrinários e organizativos do sistema.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS**:**

- ✓ Universalidade – significando que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- ✓ Equidade – que preconiza que o sistema deve garantir a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- ✓ Integralidade – que pressupõe que o cidadão assistido deve ser visto em sua totalidade e que as ações de saúde devem garantir isto.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- ✓ Hierarquização – concebe as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, como um conjunto articulado em todos os níveis de complexidade do sistema, criando assim a referência e contra referência, ou seja, o encaminhamento das ações para as instâncias devidas, de acordo com cada caso, no sentido da mais baixa a mais alta complexidade, com a garantia da retroação à medida que os problemas vão sendo diagnosticados e resolvidos;
- ✓ Participação popular – significa a democratização dos processos decisórios pautados na participação dos usuários dos serviços de saúde, cuja representação se dá através dos Conselhos Municipais de Saúde;
- ✓ Descentralização polícia administrativa – tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS, responsável pelo repasse de recursos a todas as instâncias componentes do sistema;

Desta forma, os hospitais universitários foram postos diante do fato de que estavam obrigatoriamente integrados a um sistema que definia a política assistencial e as prioridades e o seu papel não era mais definido exclusivamente pelo Ministério da Educação. Outro fator

crucial foi o financiamento das ações que passou para o Ministério da Saúde. Desta maneira a autonomia para o estabelecimento de critérios exclusivamente educacionais para constituição da clientela, como número de atendimentos por profissional, internação e alta de pacientes, tempo de duração dos internamentos, conduta dos profissionais e sua autonomia, tiveram que ser alterados. Coube ao MEC custear a folha de pessoal e ao Ministério da Saúde remunerar os procedimentos. De maneira que, impôs-se aos hospitais universitários rever os critérios de consultas, internações, altas, dias de internação para cada procedimento, atenção para os custos e registros, entre outras coisas. A vinculação dos custos à receita, para Bezerra e Duarte (2005) significou um divisor de águas na medida em que implicou a necessidade de maior racionalização dos recursos.

Isto provocou nos hospitais universitários uma mudança significativa com relação à autonomia de estabelecimento de critérios de acesso e de fornecimento de serviços. Extinguiu-se a possibilidade manutenção de leitos particulares e de clientela determinada por critérios intrínsecos aos hospitais, como as reservas de leitos e fichas para atendimento exclusivo para funcionários públicos.

Bezerra e Duarte (2005) também apontam que a vinculação ao SUS evidenciou a defasagem desses hospitais, tanto em relação à tecnologia, quanto em relação aos seus quadros profissionais. Segundo as autoras isto é consequência da falta de investimentos nos setores sociais públicos. Desta maneira, para adequarem-se a rede assistencial, foi necessário que os hospitais se aperfeiçoassem tanto tecnologicamente quanto nos aspectos de gestão para ocupar seus lugares mantendo suas características de hospitais de ensino. Esta mudança implicou na necessidade de adequação dos profissionais de saúde ao novo contexto e modificações nas suas condições de trabalho pela incorporação de novos processos organizacionais e práticas assistenciais. Com relação a estas práticas, o SUS trouxe para os usuários a possibilidade do acesso universal aos hospitais de ensino, o que é condizente com a noção de caridade e de amor ao próximo. No entanto, dificultou o acesso para os profissionais de saúde que atuam nesses hospitais que precisam procurar a rede básica assistencial e seguir o que é preconizado para qualquer cidadão brasileiro que utilize o sistema. Então para os trabalhadores em saúde o acesso ao sistema tornou-se mais difícil afetando suas condições de trabalho e saúde o que será discutido nos capítulos posteriores.

3. A assistência à saúde do servidor público federal

A explanação sobre a história da assistência hospitalar e da inserção dos hospitais no SUS realizada no capítulo anterior construiu uma primeira aproximação do campo da pesquisa, que mostra que os dois hospitais compartilham características oriundas do contexto institucional e sócio-histórico e, ao mesmo tempo, apresentam singularidade em termos organizacionais, culturais e de condições de trabalho. Portanto, espera-se que esses contextos causem impacto diferencial na saúde psíquica de seus trabalhadores. O presente capítulo foi então desenvolvido com o intuito de focalizar a assistência à saúde dos trabalhadores dos hospitais como servidores públicos federais.

A assistência à saúde de trabalhadores é um dos elementos das suas condições de trabalho. Assim, o capítulo dá continuidade à aproximação do campo de pesquisa realizada no capítulo anterior e enseja introduzir o tema das condições de trabalho a ser aprofundado e ampliado adiante.

Para atingir o objetivo do capítulo foi realizada consulta documental abrangendo documentos internos da UFRN, legislação sobre o SUS e sobre a assistência ao servidor federal.

3.1. Marcos legais e normativos da assistência à saúde do servidor

A preocupação com um modelo de gestão de recursos humanos no serviço público federal tem suas origens no governo de Getúlio Vargas, com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP, através do Decreto-Lei nº 579 de 30 de julho de 1938. De acordo com seu Art. 2º competia ao órgão:

> a) O estudo pormenorizado das repartições, departamentos e estabelecimentos públicos com o fim de determinar, do ponto de vista da economia e da eficiência, as modificações a serem feitas na organização dos serviços públicos, sua distribuição e agrupamentos, dotações orçamentárias, condições e processos de trabalho, relações de uns com os outros e com o público. (Decreto-Lei 579, 1938).

Havia no decreto a preocupação com o baixo custo e com a eficiência de processos de trabalho e de outros aspectos sem a devida valorização da saúde do servidor. A este decreto seguiu-se o Decreto Lei nº 1.713, de 27 de outubro de 1939 o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, que no Cap. VII, Das Licenças, em sua Secção I, Das Disposições gerais reporta-se à saúde do servidor, estabelecendo:

Art. 151. O funcionário, efetivo ou em comissão, poderá ser licenciado:

I. Para tratamento de sua saúde;

II. Quando acidentado no exercício de suas atribuições;

III. Quando acometido das doenças especificadas no art. 168;

O mesmo estatuto também dispõe em sua Secção II sobre os critérios para concessão da licença, estabelecendo critérios para realização de perícia médica. O documento também dá definições para acidente e doença profissional em seu art. 166.

Art. 166. O funcionário acidentado no exercício de suas atribuições, ou que tenha adquirido doença profissional, terá direito a licença com vencimento ou remuneração.

§ 1º Entende-se por doença profissional a que se deva atribuir, como relação de efeito e causa, às condições inerentes ao serviço ou a fatos nele ocorridos.

§ 2º Acidente é o evento danoso que tenha como causa, mediata ou imediata, o exercício das atribuições inerentes ao cargo.

§ 3º Considera-se, também, acidente a agressão sofrida e não provocada pelo funcionário no exercício de suas atribuições.

O estatuto configura-se num marco para a saúde do servidor que obtém outro avanço através do Decreto-Lei nº 2.865 de 12 de dezembro de 1940, publicado no Diário Oficial da União – D.O.U. – de 18/12/1940, que criou o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado Saúde – IPASE, que tinha como finalidade expressa em seu Art. 2º : "...realizar o seguro social do servidor do Estado, e ainda cooperar na solução de problemas de assistência que lhe sejam referentes." Para cumprir sua finalidade o instituto era organizado em Divisões. Uma delas, a de Ação Social, subdividia-se em Divisão de Assistência Social (D. A. S.), Divisão de Assistência Educacional (D. A. E.), Divisão de Assistência Médico-Hospitalar (D. A. H.) e Divisão de Assistência no Trabalho (D. A. T.). Embora o caráter principal do instituto seja a previdência social e assistência social, e secundariamente, à saúde, é importante ressaltar que pela primeira vez na história da administração pública uma divisão preocupa-se com a assistência à saúde no trabalho.

Em 1952 o Estatuto dos Servidores Civis da União é retificado pela Lei nº 1.711 de 28 de 1952, publicada no Diário Oficial da União de 1º de novembro do mesmo ano. O documento é alterado no que diz respeito às aposentadorias. Ao tratar-se da aposentadoria por invalidez fica estabelecido:

§ 1º A aposentadoria por invalidez será sempre precedida de licença por período não excedente de 24 meses, salvo quando o laudo médico concluir pela incapacidade definitiva para o serviço público.

§ 2º Será aposentado o funcionário que depois de 24 meses de licença, para tratamento de saúde for considerado inválido para o serviço público.

Reforça-se então a necessidade da perícia médica para em seguida, no mesmo documento, em seu Art. 178 serem melhores definidos os critérios para a aposentadoria em decorrência de acidente e doenças, sendo entre elas citada a alienação mental. Diz o Art. 178 que o servidor será aposentado:

I - quando contar trinta anos de serviços ou menos, em casos que a lei determinar, atenta a natureza do serviço;

II - quando invalidado em consequência de acidente no exercício de suas atribuições, ou em virtude de doença profissional;

III - quando acometido de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia, cardiopatia grave e outras moléstias que a lei indicar, na base de conclusões da medicina especializada.

O Art. 178 trás ainda outras conceituações importantes:

§ 1º Acidente é o evento danoso que tiver como causa mediata ou imediata o exercício das atribuições inerentes ao cargo.

§ 2º Equipara-se a acidente a agressão sofrida e não provocada pelo funcionário no exercício de suas atribuições.

§ 3º A prova do acidente será feita em processo especial, no prazo de oito dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem, sob pena de suspensão.

§ 4º Entende-se por doença profissional a que decorrer das condições do serviço ou de fatos nele ocorridos, devendo o laudo médico estabelecer-lhe a rigorosa caracterização.

A história apresentada até aqui mostra que existia preocupação com os agravos à saúde dos servidores. Essa preocupação não era extensiva à prevenção e promoção da saúde.

Entre o advento da Lei nº 1.711 de 28 de 1952 e o ano de 1986 não aconteceram progressos significativos na gestão da saúde dos servidores federais. Em 1986 foi então criada a Secretaria de Administração Pública da Presidência da República, pelo mesmo decreto que extingue o DASP, ficando o pessoal civil da união subordinado a nova secretaria não havendo nenhuma mudança com relação à saúde dos trabalhadores.

Em 1988 é promulgada a nova Constituição Brasileira (BRASIL, 1989) que prevê o cuidado com o contexto de trabalho para evitar ou minimizar agravos. Isto está posto em seu artigo 7º, inciso XXII que garante como direitos dos trabalhadores a saúde e segurança em relação ao ambiente de trabalho, inclusive com relação à prevenção, o que aponta para a obrigação da redução de riscos. Segundo Nascimento (2002), na esfera do Direito do Trabalho, esse cuidado transcende o próprio trabalho e, refere-se à dignidade do trabalhador o qual, para o autor, possui direitos indisponíveis que:

> ...dizem respeito não só a defesa biológica além da proteção econômica fundamental para o trabalhador, e que se volta para a indispensabilidade de dotar a sociedade de mecanismos estatais para proteger a sua saúde física e integridade no trabalho, mas também à defesa a sua personalidade para cujo fim deve ser cercado de garantias legais mínimas, cuja preservação é necessária para que possa crescer como pessoa digna e participante integral do processo ético-cultural em que devem estar inseridas todas as pessoas, segundo uma perspectiva de concepção do trabalho como valor fundante da democracia e do progresso das civilizações. (Nascimento, 2002, p. 905).

O autor supramencionado nos remete a duas considerações importantes: uma, diz respeito ao direito do trabalhador a sua sanidade psíquica, como modo de preservação da sua personalidade; a outra nos conduz ao papel estruturante do trabalho, tanto para a vida em sociedade quanto do indivíduo que dela participa, e é a um mesmo tempo sujeito e ator social. Ora, se o trabalho é estruturante, o que provém da relação que o indivíduo estabelece com ele pode produzir alterações no bem-estar psíquico, sendo o inverso também verdadeiro. De maneira que é indissociável a relação da saúde do trabalhador com seu contexto de trabalho.

Seguindo-se a Constituição de 1988, a Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 cria o Regime Jurídico Único dos Servidores Civis da União – RJU – revogando o Estatuto dos Servidores Civis da União. Esta lei traz muitos avanços no que diz respeito às relações de trabalho emprego, porém pouco acrescenta com relação à saúde do servidor, exceto no tocante aos acidentes, incluindo nos acidentes de trabalho aqueles sofrido no trajeto para o trabalho.

Nos demais tópicos relacionados com a saúde, a redação é muito similar a Lei nº 1.711, de 1952.

Em 19 de novembro de 1992 foi promulgada a Lei 8.490 que reorganizou administrativamente o estado brasileiro. De acordo com o texto da lei, fica o Ministério da Saúde responsável pela saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios. A mesma Lei também cria a Secretaria de Saúde e Segurança no trabalho, vinculada ao Ministério do Trabalho, ficando a saúde dos servidores subordinada a dois ministérios distintos.

Em 29 de fevereiro de 1996 foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE – pelo decreto nº 1.825, que em seu Art. 16 define as atribuições da Secretaria de Recursos Humanos:

> Art. 16. - À Secretaria de Recursos Humanos, órgão de gerenciamento do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC, compete propor as políticas a ele relativas, controlar as ações do Sistema Integrado de Recursos Humanos - SIAPE, bem assim planejar, coordenar, controlar e supervisionar as atividades de remuneração, carreiras, seguridade social, benefícios, cadastro, auditoria de pessoal, desenvolvimento e capacitação dos servidores, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

Não há referência alguma à saúde do servidor, que nos tempos do IPASE caminhava junto com a seguridade.

Na explanação entabulada até aqui se percebe que não há efetivamente a discussão da relação trabalho-saúde do servidor público federal, quadro que o governo tenta reverter somente em 13 de novembro de 2006, com o Decreto nº 5.961, que cria o Sistema Integrado de saúde Ocupacional do Servidor – SISOSP, vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (fusão do MARE com o Ministério do Planejamento e Orçamento, criado em 1999) numa tentativa de regular e melhor gerenciar as ações de atenção à saúde do trabalhador no serviço público federal. Com isto o governo pretendia combater as doenças ocupacionais implantar na administração pública federal ações e diretrizes que já existiam no Regime Geral da Previdência desde 1977 como as que dizem respeito à saúde e segurança no trabalho, como a NR-5 que regulamenta as Comissões Internas Prevenção a Acidentes.

Realizando uma leitura atenta do manual de procedimentos do SISOSP percebe-se que o governo adotou a definição positiva de saúde empregada pela Organização Mundial de Saúde (estado de bem-estar), porém, quando aborda a saúde mental, não proporciona meios adequados para o diagnóstico que contemplem o contexto de trabalho. Assim o discurso do

sistema é integracionista no papel, e reducionista em sua prática, pois, por um lado detém-se a diagnosticar a patologia do indivíduo, e, por outro, avalia o ambiente de trabalho apenas do ponto de vista das normas de saúde ocupacional cujo enfoque é o ambiente físico, sem considerar os outros fatores que caracterizam essas condições, embora em seu art. 2º - V - tenha como atribuição "controle dos riscos e agravos à saúde nos processos e ambientes de trabalho". Considerando-se que o que o Ministério da Saúde (2001) classifica oficialmente como risco para a saúde e segurança dos trabalhadores os fatores físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes, infere-se que os riscos psicossociais deveriam estar contemplados no programa.

Tais observações corroboram as afirmações de Ramminger (2002) quando mostra que as doenças ocupacionais são facilmente reconhecidas como efeito dos riscos ambientais aos quais os trabalhadores estão expostos, sendo menos reconhecida a relação entre transtornos psíquicos e trabalho e os chamados riscos psicossociais que, para a autora, incluem os fenômenos de ordem neurofisiológica, cognitiva, psicológica, social e organizacional.

Para implantar o SISOSP, o governo federal propôs a criação de polos, um dos quais é abrigado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Contudo, mesmo antes da plena implementação do sistema nas unidades da federação, o governo publica o Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009 que cria o Subsistema Integrado de Assistência a Saúde (SIASS) e revoga o decreto de criação do SISOSP.

Analisando-se a história da atenção à saúde do servidor fica evidente a lacuna entre política atrelada a ações efetivas entre o governo Vargas e a criação do SISOSP, e a rápida evolução até o SIASS.

Para suplantar o atraso de décadas, é objetivo do SIASS:

> Art. 2º - O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Em seu Art. 3º, o Decreto de criação dá definições para:

> I - assistência à saúde: ações que visem à prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

> II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e
>
> III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

Como meio de integração e divulgação das informações geradas, foi criado o Portal SIASS, que pode ser acessado no endereço https://www1.siapenet.gov.br/saude/Portal. Em sua página de apresentação é dito que o SIASS se apoia em três eixos: assistência; perícia; promoção e vigilância à saúde, que estão inter-relacionados, e por uma gestão com base em informações epidemiológicas e trabalho em equipe. O subsistema também prevê "avaliação dos ambientes, que considere as relações de trabalho, constituindo outro paradigma". A mesma página de apresentação informa:

> O SIASS não visa definir formas de gestão internas aos órgãos, mas sim organizá-las, estimulando a realização de convênios intermediados pela Secretaria de Recursos Humanos, do Ministério do Planejamento, em prol da padronização dos procedimentos legais, do uso racional dos recursos humanos, financeiros e materiais, da gestão das informações sobre saúde e, da promoção de ações de atenção à saúde do servidor (Portal SIASS, 2009).

Percebe-se uma tentativa de mudança na forma de gestão da saúde do servidor com a implicação dos mesmos como atores do processo quando a página divulga "O grande pilar do SIASS é a construção coletiva" (Portal SIASS, 2009) e convida os servidores a contribuírem com sugestões, artigos e notícias e quando coloca para consulta pública o seu manual de perícia em elaboração.

A política de atenção à saúde do servidor público federal preconizada pelo SIASS foi apresentada na Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Pública Federal – 2009 – Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor – realizada no período de 6 a 9 de julho no Hotel Nacional em Brasília.

Dando sentido ao que consta na sua apresentação, o SIASS realizou entre 5 e 7 de agosto de 2009 o Fórum de Saúde Mental na Administração Pública Federal – Reflexões sobre a saúde mental no serviço público federal: o que pensamos e o que fazemos, que pretendeu

> Estimular os participantes a refletir sobre suas práticas, a partir de um referencial de saúde direcionada à integralidade do ser humano, contemplando os eixos de assistência, prevenção, vigilância e promoção da saúde (SIASS, 2009).

Na abertura do evento o secretário-executivo do Ministério do Planejamento, João Bernardo Bringel destacou a necessidade da criação de uma política pública de atenção à saúde mental dos servidores federais. Na sua fala evidenciou a necessidade de tratar um problema que, segundo ele "... afeta não só o ambiente de trabalho, mas também, o ambiente familiar das pessoas." Seu discurso foi complementado pelo de Sérgio Carneiro, coordenador do SIASS que se pronunciou com relação à complexidade da temática da atenção à saúde mental do servidor. Segundo Carneiro (2009)[3]:

> O tema é complexo, por não ser de fácil solução, mas, acreditamos que, compartilhando experiências, podemos transformar situações que aflijam os servidores no seu ambiente de trabalho. O mesmo trabalho que está gerando sofrimento e doença para alguns servidores pode ser gerador de satisfação e prazer, se o servidor receber a atenção devida.

Sérgio Carneiro também teceu considerações sobre a necessidade da construção coletiva de um modelo assistencial adequado ao serviço público e as necessidades específicas dos contextos de trabalho.

O Fórum de Saúde Mental do Serviço Público Federal constitui-se num marco pelo reconhecimento de que seja necessário cuidar da saúde psíquica do servidor, embora o termo 'psíquico' não seja empregado. Mas ao reconhecer que uma alteração na saúde mental advinda do trabalho repercute nas outras esferas da vida do trabalhador, como sua vida familiar, e vice-versa e ao admitir que trabalho não é só produtor de sofrimento, mas também gerador de satisfação, o secretário executivo de planejamento e o coordenador do SIASS estão implicitamente evidenciando as condições biopsicossociais que estão relacionadas com a saúde psíquica, das quais o termo saúde mental não dá conta uma vez que nos remete ao dualismo corpo-mente.

Apesar da intenção de integração, o SIASS dispõe de uma única unidade em funcionamento no território nacional, localizada em Brasília. Além do mais, ainda não existe um modelo assistencial a ser seguido com relação à saúde psíquica dos servidores.

O reconhecimento da dimensão psicossocial como imprescindível nas relações de trabalho veio com a publicação da Portaria n.º 1.261, de 5 de maio de 2010, que trata dos Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental, que devem nortear a elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde psíquica dos servidores públicos federais. De acordo com notícia publicada no Portal SIAPE (www1.siapenet.gov.br/saude/Portal), o

[3] Os discursos de João Bernardo Bringel e Sérgio Carneiro foram publicados na íntegra no portal SIASS, cuja referência encontra-se no final desta tese.

documento é resultante das discussões iniciadas no Fórum de Saúde Mental na Administração Pública Federal – Reflexões sobre a saúde mental no serviço público federal: o que pensamos e o que fazemos, realizado em Brasília, entre os dias 5 e 7 de agosto de 2009 e já mencionado anteriormente. Estas discussões deram origem a uma consulta pública, que recebeu 78 contribuições, originando os princípios, diretrizes e ações de que trata a portaria supramencionada, consolidando conceitos, experiências, programas e projetos que surgem de uma concepção biopsicossocial do processo saúde e doença no trabalho, apoiados num referencial de saúde direcionado à integralidade do ser humano. As práticas recomendadas são fundamentadas na gestão de dados epidemiológicos, na organização e intervenção nos ambientes de trabalho e no investimento em formação de equipes multiprofissionais para abordagem dos problemas.

Embora este seja o discurso, a saúde do servidor ainda ocupa um lugar secundário no serviço público, pois o avanço da legislação não foi acompanhado de uma mudança efetiva nas práticas de assistência à saúde do trabalhador. Nestas, predominam ainda as ações voltadas para os agravos e para a perícia médica e não para a prevenção ou para a promoção da saúde.

4. Condições de trabalho em saúde

Este capítulo foi construído com o objetivo de resgatar as discussões sobre condições de trabalho, para em seguida discutir as condições do trabalho em saúde.

4.1. Estudos antecedentes sobre as condições de trabalho

A Revolução Industrial além de demarcar o início do modo de produção capitalista despertou a atenção dos pesquisadores para as condições em que o trabalho era realizado. Os primeiros debates, em consequência disto, giravam em torno de como deveria ser organizada a produção em termos de tempo e custo e quanto deveria ser produzido por cada trabalhador, sem que fosse dada importância às questões sobre as relações de trabalho.

Adam Smith (1776/1983). O autor, de origem escocesa, viveu na Inglaterra e interessou-se pela maneira como as nações enriquecem e evoluem. Para Smith o enriquecimento é o resultado da natureza humana, já que considera que o ser humano é naturalmente direcionado ao desejo de progresso e busca de melhoramentos. A evolução resulta na busca de meios mais eficazes para realizar o trabalho, entre eles a divisão do trabalho. Para ele, então, esta divisão (que implicava em uma condição de trabalho na medida em que o trabalho de produzir uma peça era dividido entre vários trabalhadores) era uma condição natural e superior às formas anteriores tendo em vista o incremento produtivo.

Em uma visão oposta está Marx que acredita que a evolução resulta da luta de classes. Ao contrário de Adam Smith, Marx (1863/1987) faz uma crítica contundente ao modo de produção capitalista afirmando que

> A produtividade do capital, antes de mais nada consiste, mesmo considerando apenas a subsunção formal do trabalho ao capital, na coerção para se obter trabalho excedente, trabalho acima da necessidade imediata, coerção que o modo capitalista de produção partilha com modos de produção anteriores, mas que exerce e efetiva de maneira mais favorável à produção. (Marx, 1863/1987, p.384).

É certo que ao fazer esta crítica a intenção de Marx não era ainda discutir as condições de trabalho, mas acaba por fazê-lo quando expõe que no modo de produção capitalista as condições objetivas de trabalho (material, meios de trabalho e de subsistência) não são

subsumidas[4] ao trabalhador, mas ao contrário, é o trabalhador que é subsumido a elas. (Marx, 1863/1987, p. 384). Já se nota em Marx uma abordagem das relações de trabalho. Na mesma linha de pensamento de Marx, Engels (1845/1986) foi um dos primeiros teóricos a discutir efetivamente condições de trabalho ao abordar a vida de operários ingleses. Em 1842, Engels chegou a Manchester, na Inglaterra (o centro do capitalismo da época) para cuidar dos negócios da sua família. Influenciado pela filosofia crítica alemã, logo percebeu que o progresso tecnológico da época gerava uma massa de trabalhadores maltrapilhos, entre eles, crianças, extenuados por quatorze horas de trabalho diário, espoliados pela desnutrição e pelo frio. Do choque de realidade resultou a obra "A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra" (1845/2008), que discute a situação do proletariado na Inglaterra, descrevendo e analisando criticamente suas condições de vida e trabalho.

No final do Sec. XIX, outro teórico que manifestou interesse pelas condições de trabalho foi Frederic Taylor[5] que iniciou sua vida como operário nos Estados Unidos, na Midvale Steel Co., onde fez carreira chegando a engenheiro em 1885. Seu interesse girava em torno de como tornar a produção mais ágil (Taylor, 1911/2008). O autor também considerou um aspecto que, para ele naquele momento, era motivacional: os trabalhadores produziam mais se visualizassem um ganho salarial maior em consequência disto. Sua teoria foi importante na consolidação da Administração como ciência. A teoria pautava-se no uso do método científico, supunha a harmonia de interesses entre capital e trabalho, cooperação dos empregados, busca do rendimento máximo e desenvolvimento do empregado para obter maior produtividade. A aplicação da teoria resultava na organização do trabalho em termos de controle do tempo e parâmetros de produtividade, na organização do trabalho através da rotinização e nas relações baseadas na hierarquia, supervisão e trabalho coletivo (embora cada trabalhador realizasse um fragmento da atividade total, seguindo os preceitos da divisão do trabalho). (Taylor, 1911/2008, Chiavenato, 1996).

Como Taylor, Fayol e Ford também acreditavam que o aumento da produtividade resultava da diminuição da fadiga física. Deste modo, preocuparam-se com a realização da tarefa no menor tempo possível e com menor esforço do trabalhador, sem contudo haver preocupação com o bem-estar. Daí a ênfase em planejamento da tarefa, parcelamento,

[4] Manteve-se a tradução para o português, adotada na tradução da obra, do verbo alemão *subsumierem* utilizado para expressar subordinação do trabalho ao capital. Alguns autores discutem Marx adotando a tradução como submissão.

[5] Seu interesse era voltado para o modo como as condições de trabalho resultavam em acúmulo de capital, não havendo preocupação com bem-estar do trabalhador.

treinamento operacional e adequação de instrumentos e métodos de trabalho (Braverman, 1980; Chiavenato, 1996).

O reflexo da Administração Científica para a Psicologia foi uma abordagem do trabalho voltada para a indústria onde as preocupações giravam em torno da adequação do homem ao trabalho. Para isto era preciso compreender a divisão de tarefas, tempos e movimentos, selecionar, treinar e avaliar adequadamente os empregados (Schein, 1982; Zanelli e Bastos, 2004; Borges, Oliveira e Morais, 2005; Borges-Andrade e Pagotto, 2010). As condições em que o trabalho era realizado eram importantes na medida em que proporcionavam esta adequação. Desta forma o trabalho deveria ser realizado de forma a proporcionar o menor gasto de tempo possível com menor esforço físico de modo a se obter maior produtividade de cada trabalhador individualmente.

Se o enfoque principal de Taylor foi relativo ao modo de execução da tarefa e no perfil do trabalhador, os estudos de Elton Mayo, realizados entre 1924 e 1932 na fábrica da Western Eletric, em Hawthorne, no Estados Unidos, resultou numa abordagem das relações humanas no trabalho. (Chiavenato, 1996, Motta, 1996). Esse autor inicialmente abordou os efeitos da iluminação do ambiente de trabalho sobre o rendimento dos trabalhadores, mas ao final evidenciou o papel e a importância das relações interpessoais e sociais no trabalho e seus efeitos na produtividade. Portanto, centrou-se nas condições de trabalho periféricas a tarefa. Tanto Mayo como outros teóricos (entre eles Kurt Lewin, John Dewey, Morris Viteles e George C. Homans) fizeram oposição à Administração Científica concluindo que o trabalho é uma atividade grupal e que os trabalhadores reagem melhor aos estímulos do grupo que aos incentivos salariais. (Chiavenato, 1996, Motta, 1996, Zanelli & Bastos, 2004).

Os estudos, até aqui mencionados, contribuíram para o surgimento na Administração, da Escola das Relações Humanas. Na Psicologia, contribuíram para o salto da abordagem industrial, apoiada em princípios tayloristas, para uma perspectiva organizacional mais ampla. Esses estudos abordaram aspectos transversais das condições em que o trabalho era realizado, mas não delimitavam um construto teórico e, por conseguinte, não estabeleciam limites de abrangência dos fenômenos relativos às condições de trabalho. No entanto já adotavam um enfoque sistêmico das relações entre o indivíduo e seu trabalho.

4.2. Conceituações, tipologias e taxionomias das condições de trabalho

Uma das primeiras tipologias sobre as condições de trabalho, que se identificou por meio da revisão de literatura especializada, foi formulada por Tiffin e McCormick

(1942/1959). Estes autores reconheceram que o trabalho humano dependia de várias circunstâncias como as atitudes e interesses, personalidade, instrução e os estímulos decorrentes da situação laboral, propondo que as condições de trabalho fossem estudadas a partir das condições ambientais, que incluíam as condições atmosféricas, iluminação e ruído, e do tempo, que incluía horas de trabalho e descanso. Esta tipologia resultava numa avaliação para a qual eram utilizados três critérios: o critério fisiológico que dizia respeito às condições físicas do trabalhador; o critério sociológico que se reportava a reação pessoal ao trabalho e o volume de produção ou rendimento do trabalho. Relacionando os critérios com as tipologias, os autores estudavam a fadiga humana no trabalho, resultante das condições em que este era realizado unicamente do ponto de vista do trabalhador.

Muchinsky (1994) aborda um conjunto de aspectos relacionados com as condições de trabalho como estressores físicos; ergonomia no ambiente de trabalho em seus aspectos ergométrico, biomecânico e fisiológico; fadiga física, mental, laboral e das habilidades; acidentes de trabalho e sua relação com características pessoais do trabalhador; trabalho em turnos; alcoolismo e abuso de drogas relacionadas com outras áreas da vida do indivíduo. Acrescenta ao proposto por Tiffin e McCormick (1942/1959) uma visão sistêmica das condições de trabalho.

Apesar de não tratar ainda as condições de trabalho como um construto, Muchinsky (1994) oferece uma contribuição importante por sua abordagem multidisciplinar e, por consequência, apontar para a multidimensionalidade e multicausalidade das condições de trabalho, embora estude as influências das condições de trabalho sobre os trabalhadores numa abordagem micro dos aspectos relacionados com a prática laboral. Sua abordagem não se remete ao âmbito institucional e se prende ao que é mais facilmente observável no ambiente de trabalho.

Mais recentemente a temática ‘condições de trabalho’ passou a despertar o interesse dos setores organizados da sociedade em virtude do desmoronamento da sociedade de bem-estar nos países capitalistas. Com o envelhecimento das populações e a automação, a economia capitalista não conseguiu manter o padrão de empregos, de crescimento econômico e de manutenção dos salários reais (Thurow, 1997; Hobsbawm, 2001). Isto afetou a qualidade de vida destas populações e se refletiu nas suas condições de trabalho e vice-versa, num movimento dialético. Como a ciência tenta explicar a realidade social, ocorre a multiplicação de pesquisas na área, abrangendo diversas profissões e/ou aspectos específicos das condições de trabalho (como exemplo: Metzner & Fischer, 2001; Mattos et al., 2003; Lima Junior, Alchieri & Maia, 2009). É oportuno mencionar que as pesquisas não apresentam ainda

uniformidade no uso de uma tipologia específica das condições de trabalho nem de uma conceituação comum, abordando apenas algumas variáveis relacionadas ao tema, demonstrando a diversidade de abordagens que perdura até então e que justifica a ampliação de estudos sobre a temática.

Uma das tentativas de organizar conceitualmente condições de trabalho foi realizada por Ramos, Peiró & Ripoll (2002). Os autores discutem que o termo vem sendo usado de forma ampla e inespecífica, tanto pela psicologia quanto pela sociologia. Para os psicólogos, o estudo das condições de trabalho está relacionado principalmente com as condições ambientais. Os sociólogos se preocupam tanto com essas questões como com o conteúdo da tarefa realizada pelo trabalhador.

Outra preocupação de Ramos et al. (2002) diz respeito à gama de variáveis que são agrupadas em torno do termo, que os autores organizam conceitualmente como um construto. Tais variáveis exprimem condições em que o trabalho é realizado, relações de trabalho e organização do processo laboral. Esses autores apresentam uma conceituação para condições de trabalho, afirmando serem estas:

> qualquer aspecto circunstancial em que se produzem as atividades de trabalho, considerando tanto os fatores do entorno físico em que o trabalho se realiza quanto as circunstâncias temporais em que se dá e as condições sobre as quais os trabalhadores desempenham seu trabalho. (Ramos, Peiró & Ripoll, 2002, p. 35)

Portanto, para Ramos, Peiró e Ripoll (2002) o construto inclui todos os elementos que se situam em torno do trabalho e o trabalho em si mesmo, adotando conceituação semelhante aquela apresentada por Prieto (1994) por eles citado. Para este último autor, as condições de trabalho compreendem o conteúdo e as características do ambiente de trabalho.

Ramos et al. (2002) apresentam uma taxionomia das condições de trabalho:

- ✓ Condições de emprego: contratação, salário, estabilidade, segurança, mercado de trabalho, juntamente com condições que constituem o contexto regulador do setor produtivo.
- ✓ Condições ambientais: ambiente físico, variáveis espaço-geográficas e dimensão espacial-arquitetônica.
- ✓ Condições de segurança: relacionadas com a saúde do trabalhador; consideram o estresse e o bem-estar psicológico.
- ✓ Características da tarefa: tem relação com a forma como o trabalho é realizado e inclui aspectos como conflitos, expectativas do trabalhador, desempenho, participação, etc.

- ✓ Processo de trabalho: diz respeito à divisão e organização do trabalho.
- ✓ Condições sociais ou organizacionais: dizem respeito às relações interpessoais no contexto do trabalho, divisão da autoridade, entre outros.

Esses autores agregam a dimensão sócio-organizacional de análise aos fatores estudados anteriormente por Muchinsky (1994) enfatizando o papel do clima organizacional. Porém este conceito não abrange todos os aspectos simbólicos que condicionam o trabalho nas organizações, como a cultura organizacional, que deveria ser compreendida como uma dimensão importante das condições de trabalho. Diferentemente dos autores citados anteriormente Ramos et al. (2002) enfatizam as condições de emprego.

Blanch, Espuny, Gala e Martín (2003) conceituam condições de trabalho como um conjunto de circunstâncias em que se desenvolvem as atividades laborais e que incidem significativamente tanto na experiência laborativa como na dinâmica das relações que se estabelecem no trabalho, seguindo a mesma linha teórica de Ramos, Peiró e Ripoll (2002) que consideram a relação dialética entre trabalhador e meio social no qual se insere. De acordo com ele as mudanças nas condições de trabalho repercutem na vida cotidiana de pessoas, famílias e comunidades, conferindo novos significados a mesma experiência laboral.

Blanch et al. (2003) propõem uma taxionomia das condições de trabalho que contempla:

- ✓ Contrato – modalidade, salário e condições sociais e sanitárias.
- ✓ Ambiente físico – temperatura, ruído, iluminação, equipamento, ergonomia, etc.
- ✓ Ambiente social – estrutura e configuração do espaço, privacidade, etc.
- ✓ Higiene e segurança – riscos físicos e psicossociais.
- ✓ Tarefa – autonomia, responsabilidade, criatividade, etc.
- ✓ Rol – ambiguidade, conflito, sobrecarga, variedade, etc.
- ✓ Processo – organização e divisão.
- ✓ Tempo – duração da atividade; intensidade e pressão.
- ✓ Clima organizacional – aspectos grupais; estilos de direção e comunicação, etc.

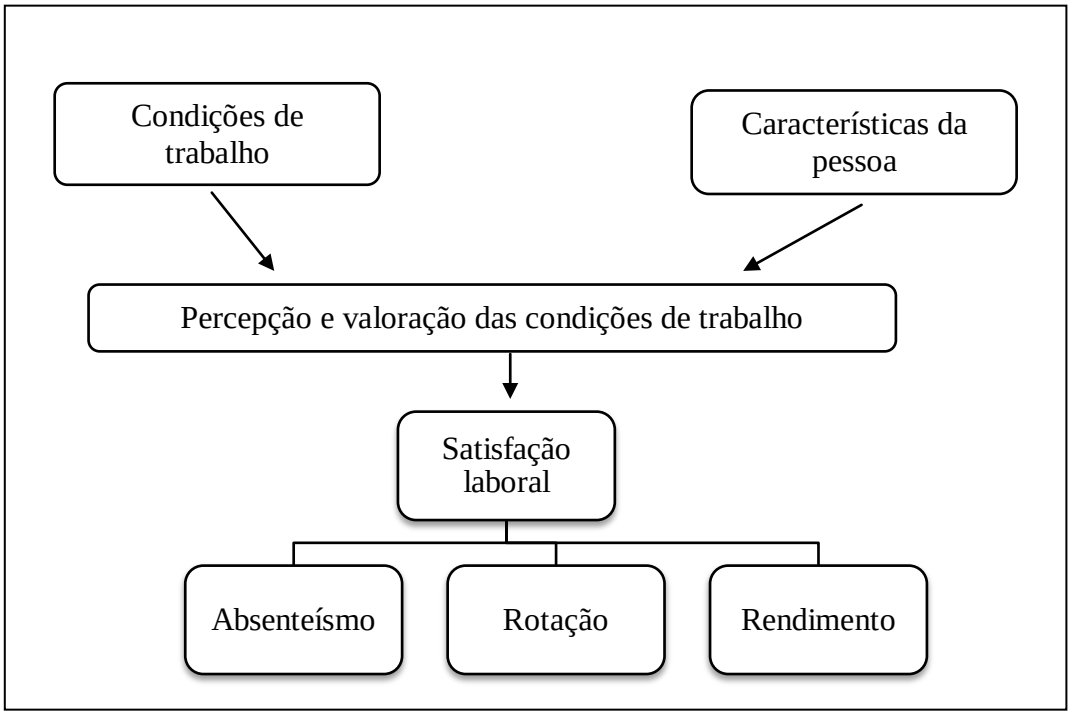
A contribuição de Blanch et al. (2003) para o construto condições de trabalho reside na utilização da perspectiva multi e interdisciplinar, enfocando as dimensões e divisões sociais do trabalho. Estes autores incorporam com maior propriedade os aspectos simbólicos do trabalho (a partir da análise do clima organizacional) e consideram o papel dos riscos psicossociais relacionando-os com a higiene e a segurança no trabalho. Retomam os fatores estudados anteriormente por Muchinsky (1994) e Ramos et al. (2002) e, além de considerarem

a dimensão sócio-organizacional de análise das condições de trabalho, enfocam o impacto destas condições na vida do trabalhador dentro e fora do seu contexto laboral, considerando como o trabalho produz efeito na vida cotidiana de indivíduos, famílias e meio social e como esses efeitos repercutem nas condições laborais.

Garrido (2005) conceitua condições de trabalho como um conjunto de variáveis que definem a realização de uma tarefa concreta e o entorno em qual esta se realiza, assemelhando-se nisto a Blanch et al. (2003). Esta autora sugere que se adotem procedimentos gerais de análise abordando os aspectos objetivos (condições objetivas do trabalho) e subjetivos (formas de valoração das condições de trabalho pelos trabalhadores), propondo uma taxionomia das condições de trabalho em que são abordados:

- ✓ Fatores físicos do trabalho;
- ✓ Lugar de trabalho;
- ✓ Tempo;
- ✓ Ritmos de trabalho;
- ✓ Controle e autonomia;
- ✓ Conteúdo do trabalho;
- ✓ Sistemas de incentivo;
- ✓ Informação e participação;
- ✓ Igualdade de oportunidades;
- ✓ Violência no lugar de trabalho.

Sua contribuição está no estudo da satisfação e o seu modelo de abordagem das condições de trabalho pode ser mais bem compreendida através da Figura 1 que mostra que para Garrido, a percepção e valoração das condições de trabalho estão relacionadas tanto com a maneira como o trabalho é realizado quanto com as características do indivíduo e resultam na satisfação destes. A satisfação por sua vez, implica no resultado do trabalho afetando o rendimento do trabalhador e podendo provocar absenteísmo ou rotatividade.



Fonte: adaptação de Garrido (2005)

Figura 1. *Satisfação laboral em sua relação com as condições de trabalho*

Nos estudos atuais sobre as condições de trabalho, há uma predominância daqueles que se detêm a aspectos como a relação com a satisfação no trabalho, higiene, segurança no trabalho e prevenção dos riscos laborais. Esta é uma tendência mundial em que se mantém o enfoque sistêmico das condições de trabalho, já utilizado desde Muchinsky (1994) e o enfoque político incorporado por Ramos et al. (2002). São exemplos os estudos de McCue,1982; Sanz Yagüez e López Corbalán, (1999); Töyry et al, 2004; Kinzl et al. 2005; Hovik et al. (2007), Linzer et al. (2009)**,** Joyce K. et al. (2010), e as pesquisas desenvolvidas pelo *European Working Conditions Observatory (EWCO)* que é mantido pela União Europeia. Para aquele observatório a promoção da qualidade de vida no trabalho se sustenta em quatro dimensões básicas: cuidado e segurança no trabalho; saúde e bem-estar dos trabalhadores; desenvolvimento de habilidades e competências e; conciliação entre trabalho e outras esferas da vida (http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/20/en/1/ef0620en.pdf acessado em 04 de março de 2007).

O *EWCO* monitora as condições de trabalho de trabalhadores europeus utilizando um instrumento de investigação destas condições cujos conteúdos das questões se aproximam bastante das taxionomias propostas por Ramos et al. (2002), Blanch et al. (2003), Peiró e Prieto (2002) e Garrido (2005).

Percebe-se pelo exposto uma tentativa de sistematização de literatura sobre as condições de trabalho e um acúmulo internacional de pesquisas que contribuem para uma melhor compreensão deste construto.

A partir das taxionomias apresentadas anteriormente e propostas por Ramos et al. (2002), Blanch et al. (2003), Peiró e Prieto (2003) e Garrido (2005) e dos trabalhos do *EWCO* foi realizada por Borges, Alves-Filho, Costa e Falcão (in Bendassoli e Borges-Andrade, no prelo) uma síntese que resultou numa Taxionomia das Condições de Trabalho que contempla quatro grandes categorias:

- ✓ Condições contratuais e jurídicas: refere-se aos aspectos jurídicos, contratuais (no caso de haver emprego), estabilidade, modalidades de contrato, sistema de incentivo e tempo dedicado ao trabalho.
- ✓ Condições físicas e materiais: contempla aspectos mais concretos do entorno do trabalho como condições físicas, instalações, espaço arquitetônico, condições de segurança física e/ou material, formas de lidar com o impacto do espaço geográfico e condições climáticas.
- ✓ Processos e características do trabalho: dizem respeito ao conteúdo das atividades de trabalho, à organização e divisão do trabalho, as demandas do posto de trabalho, os modos de execução das atividades e ao desempenho do trabalhador.
- ✓ Condições do ambiente sociogerencial: inclui aspectos das relações verticais e horizontais de trabalho, práticas sociais de gerência ou gestão e aquelas relacionadas com a inserção no mercado de trabalho como parcerias, redes de trabalho formais e informais, entre outras.

As categorias dividem-se em subcategorias cujos conceitos e elementos componentes indicadores então expostos na Tabela 2 (Borges, Alves-Filho, Costa e Falcão no prelo). Essas subcategorias podem ser diferentes por ocupação como mostrou o estudo com operários da construção civil, docentes e profissionais de saúde (Borges, Costa, Alves-Filho, Souza & Leite, submetido).

Tabela 2
Taxionomia das condições de trabalho

	Categorias/subcategorias/conceitos	Elementos componentes, indicadores ou exemplos
Condições contratuais e jurídicas	**Regime jurídico** Diz respeito à diferenciação entre trabalho e emprego e às condições de contratação no caso do emprego. (Remete ao mercado de trabalho).	- Trabalho autônomo versus emprego - Emprego formal versus informal - Modalidade do contrato (indefinido, temporal, jornada completa, parcial, etc.)
	Sistema de incentivo Refere-se à variedade e as formas em que são oferecidas contrapartidas socioeconômicas ao trabalho realizado.	- Salário - Salário de base fixa ou pago por comissão - Horas extraordinárias pagas - Assistências sociais e sanitárias (benefícios)
	Tempo Diz respeito à quantidade de horas dedicadas ao trabalho, à organização dessa quantidade de tempo e à estabilidade ou não de tal organização.	- Número de horas semanais (duração) - Tipo de jornada (regular, móveis, por plantão, etc.) - Mudanças de horário - Turnos e horários de trabalho - Trabalhos nos sábados e domingos - Tempo de descanso e férias.
Condições físicas e materiais	**Fatores físicos do trabalho** Abrange os aspectos que caracterizam o ambiente físico em que o trabalho é desenvolvido, incluindo os aspectos relativos ao clima e/ou o preparo do ambiente de trabalho para lidar com as adversidades climáticas. "...se referem principalmente a magnitudes como a temperatura, a umidade, nível de ruído, iluminação, ventilação e pureza do ar (substâncias nocivas, contaminantes, poeira, íons), existência de vibrações, e inclusive as condições gerais de limpeza, higiene e ordem no lugar de trabalho[6]." (Ramos et al., 2002, p. 43)	- Nível de ruído - Temperatura - Vibrações - Inalação de vapores - Manipulação de substâncias tóxicas - Radiações - Umidade - Iluminação - Qualidade do ar - Limpeza - Higiene
	Lugar do trabalho (Espaço geográfico) Refere-se à "existência de suficiente espaço para poder desenvolver a atividade laboral, a distribuição desse espaço, sua configuração e as relações que se estabelecem entre o espaço e os trabalhadores (privacidade/intimidade, territorialidade, densidade/dispersão, condições de isolamento)."[7] (Ramos et al., 2002, p. 43)	- Trabalho em casa versus espaço organizacional - Teletrabalho - Trabalho executado na rua - Trabalho realizado em espaço aberto - Estrutura e configuração do espaço laboral, privacidade, distribuição territorial, etc.
	Desenho espacial-arquitetônico Abrange o espaço e os materiais e equipamentos necessários ao desempenho do trabalho (configuração, distribuição e desenho ergonômico do trabalho)	- Trabalho em computadores - Posturas prejudiciais - Cargas pesadas - Equipamentos, mobiliário, instrumentos - Relações do trabalho com esses aspectos (ergonomia)
	Condições de segurança Refere-se a quanto os aspectos anteriores (físico, espacial, instalações e espaço arquitetônico) representam ameaças à integridade físico-corporal dos trabalhadores, bem como às medidas e às práticas adotadas tendo em vista a prevenção de que as ameaças se concretizem e de suas consequências.	- Riscos das condições físicas do ambiente - Riscos gerados pelo uso de máquinas, ferramentas e equipamentos - Riscos oriundos no planejamento arquitetônico do espaço de trabalho - Dispositivos de prevenção -Vivência do acidente de trabalho e suas consequências e doenças do trabalho.

[6] A tradução é dos autores. O texto original está publicado em Castelhano (idioma Espanhol)

[7] Idem

	Categorias/conceitos	Subcategorias (elementos componentes ou exemplos)
Processos e características da atividade	**Controle e autonomia** Diz respeito ao controle que o trabalhador dispõe sobre os modos de execução de suas atividades bem como sobre o tempo, ritmo e demais condições de trabalho. É o espaço de autonomia que o trabalho dispõe.	- Possibilidade de eleger o ritmo de trabalho, os métodos e a ordem das tarefas; - Possibilidade de descansar; - Liberdade para eleger férias - Autonomia, responsabilidade, iniciativa, exigência, variedade, interesses, criatividade, controle, complexidade, etc. nas atividades que desenvolve; -Inserção na hierarquia da organização e nível de autoridade (no caso de emprego).
	Ritmos de trabalho Refere-se ao modo em que se define a velocidade, cadência e sequência em que as atividades são executadas	- Velocidade de execução das atividades de trabalho; - Necessidade de cumprir prazos; - Tempo disponível para cumprir com as tarefas e/ou responsabilidades assumidas.
	Conteúdo do trabalho (características da atividade)	- Ajuste entre demandas e habilidades; - Possibilidades de aprender atividades novas; - Complexidade; - Monotonia; - Repetição; - Necessidade de resolver problemas.
	Processo Refere-se às formas de organização e distribuição das atividades e encargos do trabalho, aos métodos e técnicas de produção ou, em outras palavras, às demandas e planejamento do posto (cargo) de trabalho. (Refere-se ao desempenho profissional)	- Método e critério de organização do processo de trabalho - Divisão de atribuições e responsabilidades
	Papel social Abrange a previsão das funções sociais implicadas na realização ou execução das atividades	- Clareza de papéis; - Ambiguidade e conflito.
Condições do ambiente sociogerencial	**Igualdade de oportunidades** Diz respeito aos modos accessíveis ao trabalhador para lidar com as oportunidades existentes no mercado de trabalho e como suas atividades o projeta diante da sociedade.	- Objeto de discriminação (sexual, por idade, por nacionalidade, por incapacidades, etc.); - status, poder.
	Informação e participação Refere-se ao acesso às informações e possibilidades de participar e influir nos processos decisórios referentes aos processos e demais condições de trabalho (incluindo as condições de contratação no caso do emprego)	- Informação sobre riscos - Possibilidade de discutir condições de trabalho
	Clima Organizacional Refere-se às características das relações interpessoais do ambiente sociogerencial, sejam essas relações horizontais, sejam verticais.	- Coesão grupal, apoio mútuo, cooperação, empatia, cordialidade, harmonia, etc.; - Estilo de direção e de comunicação, competitividade, tendências ao conflito, etc..
	Violência no lugar de trabalho Refere-se aos aspectos que expõem o trabalhador a situações de agressão (física, moral e psicossocial) e sofrer discriminações sociais e humilhações.	- Possibilidades de agressão física; - Ameaças de agressão; - Possibilidades de agressões e assédio morais; - Promoção de discriminação; - Riscos psicossociais (burnout, assédio moral ou sexual, etc.).

4.3. Condições de trabalho em saúde

De acordo com Pires (2000)

> "trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade". (p. 85).

Essa descrição corresponde a de trabalho improdutivo em Marx (1987) e corroborada por Braverman (1980). Marx faz diferenciação entre trabalho produtivo e improdutivo no modo de produção capitalista. Para o autor, trabalho produtivo é o trabalho assalariado que, na troca pela parte variável do capital (o salário), além de reproduzir essa parte do capital produz mais-valia para o capitalista. O trabalho produtivo gera riqueza. O trabalho improdutivo também é mantido pelo salário, mas sua diferença do produtivo é que não gera mais-valia diretamente e sim, depende da mais-valia na medida em que no primeiro caso o trabalhador troca sua força por capital e no segundo, por renda. O trabalho improdutivo independe da forma produtiva e a precede, sendo responsável por preparar, manter e reciclar a força de trabalho.

Antunes (2006) ressalta que no mundo contemporâneo há uma maior inter-relação entre as atividades produtivas e as improdutivas. Nessas últimas se inclui a produção do saber científico que dá suporte ao aumento da produtividade, seja através da validação de novas formas de organização do trabalho produtivo quanto por proporcionar o retorno de trabalhadores mais rapidamente à produção, como se dá com a expansão das ciências da saúde e seu reflexo na assistência hospitalar.

Os hospitais têm missão restaurativa. Buscam restabelecer a saúde devolvendo a sociedade um indivíduo produtivo, ou que venha a se tornar produtivo (no caso das maternidades e hospitais pediátricos). O trabalho desenvolvido por profissionais de saúde é conceitualmente um trabalho improdutivo, mas é socialmente valorizado, posto que é encarado como uma missão social sendo o trabalhador nos hospitais responsável por devolver à sociedade outros trabalhadores que estão temporariamente a margem dela. Isto confere aos profissionais de saúde um lugar social de poder. No entanto, se a análise focar-se nos salários e nas condições de trabalho (Pitta, 1990; Borges, 2002) entende-se que o trabalho dos profissionais de saúde é desvalorizado.

Um reflexo do lugar social ocupado pelo usuário e do papel social desempenhado pelos profissionais de saúde está no uso da nomenclatura 'paciente', que é o termo de uso comum nos hospitais. No sistema público, há uma resistência velada de adotar a terminologia. A despeito de todo o esforço feito nos últimos anos no sentido da humanização da assistência[8], é comum os profissionais tratarem seus usuários por pacientes. Não é difícil compreender esta lógica num sistema capitalista: se não há valor de troca, então socialmente se impõe paciência para ficar a margem da sociedade.

Uma das características do trabalho hospitalar está em lidar com a expectativa do usuário. Em primeiro lugar, um dos desejos de qualquer indivíduo é jamais precisar de um hospital, pois ninguém almeja a doença. Em segundo lugar, as instituições de saúde não são socialmente percebidas como lugar de vida e sim de dor e morte (sobre isto ver Pitta, 1990; Silva, 2002). Em terceiro lugar, hospitais são locais de exclusão social, pois quem está hospitalizado está temporariamente fora do sistema produtivo, embora devessem ser vistos como locais de recuperação e reinserção social. Como exemplo pode-se citar o termo do senso comum 'encostado pela perícia' usado quando alguém está de licença médica. Desta maneira, quando um usuário procura um hospital, há possivelmente uma expectativa de sofrer exclusão do seu meio social e de seu papel de trabalhador, ainda que por pouco tempo. Este sofrimento psíquico do usuário pode se refletir nas relações que estabelecem com os profissionais de saúde, tornando-se um componente das condições de trabalho destes.

Além disto, outras expectativas do usuário e dos próprios profissionais vão afetar suas condições de trabalho e seu psiquismo, porque contribuem para construir e caracterizar o ambiente psicossocial do hospital. Entre elas estão: a impotência diante da morte; as limitações impostas pelas condições assistenciais, em que estão em jogo os recursos materiais, tecnológicos e humanos disponíveis; o confronto com familiares e usuários angustiados.

Outra característica do trabalho em hospitais está em que o trabalho é dividido e fragmentado (Pires, 2000). De acordo com o autor:

> O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de

[8] Sobre isto ver (vide http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf).

> atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas, porém, mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. (p. 89)

Uma das considerações que se pode fazer a partir disto é que, o sistema de saúde reproduz a lógica do sistema capitalista, com dominador e dominados, como se os médicos fossem os detentores do capital (o poder de cura que a sociedade lhes atribui) e os demais profissionais fossem os trabalhadores subsumidos. Esta representação é tão forte, embora não verbalizada, que no contexto de pesquisa desta tese se retrata na forte rejeição que os profissionais têm quando surge um relacionamento mais próximo entre trabalhadores de níveis diferentes (por exemplo, nível médio e superior), e que se torna maior quando este relacionamento se dá entre um médico e um técnico de nível médio, sendo este, (o técnico), muitas vezes excluído como se estivesse traindo a classe. O mesmo ocorre quando um técnico de nível médio gradua numa formação superior e deixa de exercer suas atividades corriqueiras (uma vez que mesmo sem amparo legal, o desvio de função no contexto de pesquisa é uma realidade).

De acordo com a OPAS (2004), os hospitais são as instituições mais pragmáticas da organização dos serviços de saúde, e aquelas cuja missão tem variado menos ao longo da história. Evidentemente, isto se reflete na representação que os profissionais de saúde têm de si mesmos e que certamente contribui para a manutenção da divisão de classes e o surgimento de conflitos. Observando-se a história, vê-se que isto tem sido mantido ao longo de décadas o que reforça nosso posicionamento de que as relações entre pessoas e organizações são dialéticas.

Merhy (1999) e Schraiber et al. (1999) ressaltam que a organização dos serviços de saúde obedecem uma lógica neoliberal que afetam a missão e o uso da tecnologia, resultando na adoção de políticas que desprotegem tanto o trabalho quanto o trabalhador. Schraiber et al. (1999) ainda chamam atenção para o fato de que regular o produtor do cuidado em saúde resulta em interferência direta sobre seu trabalho.

Além das consequências sociais já descritas é importante mencionar que a divisão em certa medida é necessária para a execução da assistência. Um dos exemplos é a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) em que o enfermeiro avalia as ações de enfermagem a serem executadas para cada paciente e as prescreve para serem seguidas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem ficando cada um responsável por uma parcela da assistência ao usuário como a administração de medicamentos, o cuidado a feridas, a

verificação dos sinais vitais, a coleta de exames laboratoriais, entre outros. O trabalho é então realizado havendo um impacto na forma como é concebido e executado, tornando-se fragmentado. O enfermeiro concebe o trabalho, mas não o executa. Os técnicos e auxiliares executam, mas perdem a visão do todo, embora no final, o usuário tenha recebido a assistência demandada pelo seu estado de saúde. Deste modo, o trabalho hospitalar caracteristicamente é realizado por um grupo muito heterogêneo de agentes, embora possa haver homogeneidade de cargo ou categoria profissional como no exemplo dado, e se subdivide numa grande variedade de tipos de processos, o que resulta na dificuldade de identificar a responsabilidade por cada consequência do serviço prestado. Em algumas situações o processo de trabalho se apresenta tão fragmentado que torna difícil a compreensão de uma ação assistencial de seu início ao fim.

De acordo com Schraiber et al. (1999), a divisão do trabalho na área da saúde deveria resultar na complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados. No entanto, numa equipe multiprofissional, quando os agentes possuem autoridades desiguais, ocorre o embate entre a complementaridade e interdependência. Em consequência esses agentes buscam a ampliação apenas da autonomia técnica quando na verdade deveriam aliá-la à articulação de ações para obterem a eficácia e eficiência que buscam. Os autores não discutem especificamente o trabalho hospitalar, mas o trabalho em saúde como um todo.

Como exposto anteriormente, as condições de trabalho são fruto das relações dialéticas entre o pensar e agir. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia idealmente na imaginação do trabalhador. De acordo com Marx (1890/2008) “Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso o trabalho.” (p. 211-212).

Portanto, pensar sobre o trabalho abre possibilidades e horizontes e permite ressignificações importantes que terão repercussões nas condições de trabalho, na saúde psíquica e na assistência ao usuário dos hospitais.

5. Saúde psíquica dos profissionais de saúde

Este capítulo apresenta algumas concepções sobre a relação saúde e trabalho, para em seguida apresentar os modelos contemporâneos de saúde, suas implicações para a compreensão da saúde psíquica e o modelo de saúde psíquica no trabalho proposto para orientar a presente pesquisa, numa perspectiva psicossociológica.

Cabe comentar que, embora a literatura especializada venha usando tradicionalmente o termo saúde mental em lugar de saúde psíquica, nesta tese a opção terminológica se faz pelo uso do segundo termo em razão dos pressupostos epistêmicos adotados e expostos no capítulo inicial do estudo. Ademais, quando falamos de saúde mental automaticamente nos remetemos ao conceito negativo de saúde que é a ausência de doença.

Em oposição, quando adotamos o termo saúde psíquica reconhecemos que o corpo e a mente estão indissociavelmente integrados e em interação com o meio e ainda reconhecemos que existe o nexo entre saúde e trabalho.

A relação entre doença, trabalho, normalidade e patologia relacionadas a ele são preocupações antigas da humanidade, retratadas no desenvolvimento das ciências. Podemos exemplificar com a Sociologia: Durkheim (1893/1968) chegou a afirmar que a preocupação principal de qualquer ciência seria diferenciar o que é normal do que é patológico, seja do ponto de vista individual, seja do coletivo. Esta preocupação inicial tem permeado os discursos contemporâneos de saúde.

Para que se compreenda o significado de saúde psíquica, convém antes fazer um esforço para definir saúde. A tarefa é árdua posto que a preocupação humana em definir o que é doença gerou mais discussões epistemológicas e filosóficas que o significado de saúde (Batistela, 2007; Coelho & Almeida Filho, 2003). Alguns modelos explicativos surgiram ao longo da história para atender a esta demanda, mas neste capítulo serão discutidas as abordagens contemporâneas de saúde e sua implicação para a saúde psíquica. Esses modelos apontam para a compreensão da saúde como ausência de doença, como bem-estar, como uma dimensão normativa da vida e como um direito do cidadão.

5.1. A saúde como ausência de doença

O conceito de saúde como ausência de doença tanto é difundida no senso comum como orienta a prática médica à medida que esta se pauta em curar. Sob esta perspectiva, o indivíduo saudável pode ser classificado como o que não está doente. Para ser doente, a doença deve ser visível. Em outras palavras, a visão, por ser o sentido mais próximo da

linguagem e da razão, é mobilizada na compreensão da doença (Batistela, 2007; Foucault, 1980; Machado, 1981) e do seu oposto, a saúde. Buscam-se, então, sinais de doença e, na ausência destes, concebe-se o indivíduo como saudável. São as evidências empíricas que vão ditar o que é saúde, a partir da não doença, estabelecendo-se um conceito negativo de saúde.

Esta é a posição de Leriche (1940) que, de acordo com Canguilhem (2006), considera a saúde como "a vida no silêncio dos órgãos" (p. 57). Canguilhem (2006) tece suas críticas a este posicionamento no decorrer de sua obra e afirma ser a doença uma norma vital.

Parsons (1951) considerou que a enfermidade é uma condição esperada na vida de todas as pessoas. Portanto, não há em adoecer um desvio da norma social, mas uma disfunção de certa forma esperada, existindo a previsão do desempenho do papel de doente pelo indivíduo. Para este autor, negar esta condição de doente poderia sim, constituir-se num desvio da norma, na medida em que o indivíduo afetaria o funcionamento de outros, contribuindo para o desequilíbrio social.

O modelo de Parsons está relacionado com o modelo biomédico adotado pela psiquiatria em que se aceitar doente é condição para buscar a cura. Porém, quando falamos em saúde psíquica não é tão simples definir o que seja saúde ou doença, temas que vem preocupando a medicina desde os seus primórdios.

Para a etnopsiquiatria, de acordo com Coelho e Almeida Filho (2002) os critérios de saúde psíquica seriam universais e aplicáveis a todas as culturas, seguindo a perspectiva transcultural de saúde psíquica proposta por Devereux (1971). Esses mesmos autores citam Laplantine (1988), para afirmar que existem quatro critérios epistemológicos que caracterizam a normalidade em diferentes culturas: capacidade de comunicação simbólica, solidariedade da cultura com os interesses do ego, autoestima e reconhecimento da realidade. Para a etnopsiquiatria, o desajustamento representa a doença, enquanto normal é aquele que mantém a capacidade de ajustar-se ao seu meio. A ideia de doença pressupõe um ente causador e que vai de encontro a uma fragilidade do indivíduo.

A Teoria Bioestatística da Saúde, de Boorse (1975), apresenta um conceito funcionalista e negativo de saúde em oposição ao que aquele autor chama de conceitos normativistas. Para ele, saúde e doença têm aspectos objetivos que são iguais para qualquer espécie. Deve-se, portanto, excluir do conceito qualquer argumento valorativo.

Para Boorse (1975), a valoração no conceito de saúde representa o que é desejável para o indivíduo e a sociedade, mas o autor defende que é necessário encontrar uma noção de saúde destituída de quaisquer valores. Propõe então sua definição de saúde como ausência de doença com duas consequências: a saúde como oposto doença, sendo este enfoque teórico, e a

doença como cumprimento deficiente de uma função biológica, sendo a resultante prática da aplicação do conceito teórico. A doença leva o indivíduo a uma disfuncionalidade e a certo grau de incapacitação, que pode ser mensurado. Esta ideia também é defendida por Claude Bernard (1865/2003), para quem o estado patológico consiste na variação quantitativa de um estado normal. Logo, para se descobrir se um indivíduo é saudável é preciso mensurar usando como parâmetro a doença.

A crítica que se faz a Boorse não está no fato de considerar o funcionamento orgânico, mas em desconsiderar as outras questões envolvidas no processo saúde-doença. Se aceitarmos o pressuposto existencialista, já discutido no capítulo inicial desta tese, de que a matéria precede a consciência, então uma alteração no funcionamento psíquico é precedida de uma condição material. Essa materialidade pode vir do organismo humano, do seu contexto de trabalho, do seu meio social, o que para Boorse parece não possuir relevância.

De acordo com Almeida Filho e Andrade (2003), autores como Kleineman, Eisemberg e Good (1978), avançam em relação à concepção proposta por Boorse quando propõe uma distinção entre patologia e enfermidade. Para eles patologia seria disfunção dos processos biológicos ou psicológicos e enfermidade diria respeito ao processo de significação da doença. Desta maneira a distinção entre o normal e o patológico, saúde e a doença, se estabeleceria pelos rituais de cura que cada cultura adota. Esta concepção decerto é um avanço em relação às demais, embora continue pautada numa visão negativa de saúde.

No campo da saúde psíquica, a crítica ao antagonismo entre normalidade e patologia não é recente e remonta a Freud, para quem o normal e o patológico são produzidos pelos mesmos mecanismos mentais, que em determinadas situações podem produzir o ajustamento do sujeito ao seu meio, de modo que não estão em oposição.

5.2. Saúde como bem-estar

A definição de maior impacto em saúde foi formulada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948) que conceituou saúde como o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Este conceito decerto representou uma evolução da concepção negativa de saúde como ausência de doença para uma visão positiva de saúde como estado de bem-estar. Ser ou estar doente reporta ao indivíduo um papel de pouco ou nenhum controle sobre sua vida e também induz ao pensamento de que a ausência de uma doença perceptível pelos outros significa saúde. Desta forma, em muitos casos, ficariam excluídos os transtornos mentais e emocionais nem sempre claramente visíveis, nem explicáveis, mas que afetam a

vida de muitos trabalhadores. Entretanto, a crítica feita a este conceito é que, embora seja uma tentativa de superar o conceito negativo de saúde, é utópico e pautado numa noção subjetiva de bem-estar (Almeida-Filho & Jucá, 2003).

Compreendendo que os indivíduos estão em relação dialética com o meio no qual se inserem, a OMS (2001) adotou em seu Livro Verde uma conceituação mais ampla de saúde psíquica que engloba o bem-estar subjetivo, definindo critérios para a saúde mental. São eles: atitudes positivas em relação a si próprio; crescimento, desenvolvimento e autorrealização; integração e resposta emocional; autonomia e autodeterminação; percepção apurada da realidade; domínio ambiental e competência social. Esta definição de saúde assume uma conotação psicossociológica cujas implicações para a avaliação da saúde psíquica no trabalho são considerar a relação entre o indivíduo e seu contexto.

A abordagem do bem-estar subjetivo – BES – considera que este pode ser encarado como sinônimo de saúde e é revelado pela avaliação e percepção do indivíduo sobre sua própria vida, correspondendo a estados afetivos e ao funcionamento psicológico e social (Chaves, 2007). Adequando esta noção à saúde psíquica no trabalho, Peiró (1993) considera que um inadequado ajustamento psicológico pode levar a insatisfação laboral, ansiedade, insônias, queixas somáticas e a comportamentos desajustados como incrementar ou aumentar o consumo de tabaco e o desejo de comer em excesso. Pelo contrário, um bom ajustamento conduz, geralmente, a resultados positivos de bem-estar psicológico e de desenvolvimento pessoal (Barbosa & Borges, 2006). Deste modo, a avaliação do bem-estar subjetivo pode ser um dos caminhos para a avaliação da saúde psíquica de trabalhadores.

De acordo com Warr (1987, citado por Borges & Barbosa, 2006) o bem-estar psicológico estrutura-se em cinco dimensões (bem-estar afetivo, competência pessoal, autonomia, aspiração e funcionamento integrado) que possuem relação não linear com características do contexto de trabalho (recursos econômicos, segurança física, posição social valorada, oportunidade de controle do meio, oportunidade de desenvolvimento de habilidades, objetivos gerados pelo meio externo, variedade de alternativas, clareza ambiental, e oportunidade para estabelecer relações interpessoais). Aplicando uma abordagem psicossociológica aquele autor considera que as características pessoais moderam o impacto do meio sobre a saúde mental, possuindo um caráter integrativo. Embora a teminologia utilizada por Warr seja saúde mental, suas palavras remetem a concepção de saúde psíquica, termo cada vez mais utilizado no meio científico.

Outra forma de abordar o bem-estar subjetivo foi proposta por Gouveia, Lins, Fonseca e Gouveia (2008) e Gouveia, Lins, Lima, Freires e Gomes (2009). De acordo esses últimos

autores “O BES consiste em como os indivíduos avaliam suas próprias vidas, reconhecendo-se que neste ato as pessoas avaliam as condições diferentemente, dependendo de suas expectativas, valores e experiências prévias” (p. 267), sendo uma atitude. Segundo os dois grupos de autores, os afetos traduzem valências positivas ou negativas sobre o trabalho e levam a níveis de ativação opostos, que denominaram de excitação e letargia. A figura a seguir apresenta as combinações possíveis de valência e excitação e os sentimentos relacionados como proposto por Gouveia et al. (2009)

Valência positiva - alta excitação (VPAE) Com energia Empolgado Entusiasmado	*Valência negativa – alta excitação* (VNAE) Com raiva Incomodado Furioso
Valência positiva - baixa excitação (VPBE) Contente Tranquilo Satisfeito	*Valência negativa - baixa excitação* (VNBE) Desencorajado Desgostoso Triste

Adaptado de Gouveia et. al (2009)

Figura 2 – Afetos com relação ao trabalho

Tanto Warr (1987, citado por Borges & Barbosa, 2006) como Gouveia et al. (2008) e Gouveia et. al. (2009), compreendem que o bem-estar afetivo no trabalho tem relação com a saúde psíquica e é fruto das percepções do indivíduo sobre seu contexto de trabalho.

5.3. Saúde como norma vital

Como já foi discutido nos capítulos anteriores, o trabalho tem papel central na organização da vida humana e de todas as relações que se estabelecem entre os homens.

A proposição de Marx e Engels leva a concepção de um ser social. A Psicanálise não desconsidera o papel do social, no entanto caracteriza o homem principalmente como ser instintivo, movido pela pulsão. Reich (1933/1972) apresenta uma teoria em que há uma conciliação das duas posições. Para ele o homem é formado tanto por processos instintivos quanto pelos socioeconômicos. De maneira que para o autor o homem existe como matéria e constitui-se psiquicamente na relação com o seu meio. Reich afirma que as estruturas psíquicas são modeladas em função de uma ordem social (Reich, 1932/1989). Essa ordem social está materializada no meio ao qual o indivíduo pertence. Essa condição material então se reflete na organização social da qual fazem parte as instituições. Estas, segundo Castoriadis

(1975) constituem-se numa rede formada por componentes funcionais e imaginários, que é sancionada socialmente e possui um simbolismo.

As instituições podem ser entendidas como os contextos socioeconômicos e políticos nos quais os indivíduos vivem e nos quais são constituídos os conceitos e que regem suas vidas, uma vez que aquilo que é instituído passa a valer como norma social. Ao mesmo tempo, esses indivíduos estabelecem relações dialéticas com as instituições. Então, à medida que constroem o contexto, são construídos por ele. Deste modo conceitos como saúde, doença, normalidade, patologia, psiquismo ou mentalismo provém formalmente das instituições e são introjetados pelas pessoas respaldando e explicando as ações de indivíduos e grupos. No entanto, se as instituições são formadas por pessoas, antecedendo o conceito formal já há uma ideia no senso comum sobre esta temática. Eis aí a conotação dialética da construção desses conceitos.

Canguilhem (2006) dedica-se ao estudo epistemológico do conceito de saúde, já enunciado anteriormente quando se discutiu o conceito negativo de saúde, e diferencia normatividade de normalidade. Para ele normatividade é a capacidade do indivíduo criar normas, ajustar-se a normas e estabelecer normas para si mesmo, fazendo frente às diversas situações de seu cotidiano, enquanto normalidade é aquilo que está de acordo com a norma. A vida, para o autor supramencionado, é normativa uma vez que é subordinada a normas e estas, aos homens que as instituem. Sendo o homem um ser social em relação dialética com seu meio, a norma é então, sancionada socialmente, mesmo quando o indivíduo parece criá-la sozinho. O homem saudável é normativo em relação às demandas do meio sendo, portanto normal do ponto de vista do processo saúde-doença. Quando falha a capacidade de normatividade, surge a patologia.

Ainda de acordo com Canguilhem (2006) a patologia provoca modificações na estrutura do indivíduo, incluindo aí sua personalidade, ou seja, quando a anomalia resulta em sintomas. Provoca sofrimento, contrariedade, impotência diante da vida, alterações funcionais, impedimentos (Hegenberg, 1998; Canguilhem, 2006). Este autor também acrescenta que apenas o próprio indivíduo tem condições de avaliar o quanto está desviante do que lhe é normal. Mas essa avaliação vai se traduzir em sintomas que podem ser mensurados e classificados.

Se levarmos para o campo da saúde psíquica, os sintomas que vão aparecer na avaliação psíquica de um indivíduo são representativos da sua não normatividade, ou seja, da sua não capacidade de ajustamento às demandas do meio. Esses sintomas vão ser agrupados

caracterizando um transtorno na forma como cada um é descrito nas classificações de doenças (CID-10; DSM-IV).

Canguilhem (2006) também ressalta que anormal não é sinônimo de patológico. Se o fenômeno observado for fora da norma geral, mas apresentar funcionalidade para o sujeito, então não podemos dizer que não há saúde. No entanto, se há disfuncionalidade resultando em sofrimento e sintomas, estamos diante de uma condição patológica. O autor afirma ainda que não há saúde física sem saúde psíquica (Canguilhem, 2006).

Como podemos perceber os conceitos de saúde e doença, normalidade e patologia de Canguilhem são úteis por incorporar a relação do indivíduo com seu meio e o julgamento deste indivíduo sobre o seu próprio ajustamento ao contexto em que vive.

5.4. Saúde como direito

Nas décadas de 1970 e 1980 houve intensa mobilização nos países da América Latina em resposta à crise dos sistemas de saúde. No Brasil esta mobilização resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde que provocou amplo debate resultando num conceito ampliado de saúde, que se transformou em texto constitucional em 1988.

A Constituição Federal em seu Art. 196 prescreve:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1989).

O texto da Lei representa o conceito ampliado de saúde em que esta é caracterizada como resultante das condições de alimentação, educação, habitação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde.

Diz ainda o texto da VIII Conferência Nacional de Saúde que:

> A saúde não é um conceito abstrato, mas que se define num dado contexto histórico de determinada sociedade e em dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (CNS, 1986, p. 4).

O texto da VIII CNS evidencia a necessidade de mobilização das esferas sociais para que o direito à saúde seja acessível a todos. No entanto, historicamente no sistema capitalista

o cuidado com a saúde tem sido primeiramente uma obrigação familiar, seguida de um reforço feito através da divulgação das medidas higiênicas pela escola, e posteriormente encampada pelas organizações que cuidam da saúde do trabalhador seguindo prescrições legais. Nesse contexto as práticas em saúde do trabalhador tem tradicionalmente privilegiado a ausência de acidentes e de doenças ocupacionais, deixando de considerar a integralidade do ser humano que trabalha (Moser & Kherig, 2006). Um exemplo disto é a Lei 8.080/90 em que a Saúde do Trabalhador é conceituada numa perspectiva da atenção integral à saúde, atribuindo ao órgão de direção nacional do SUS – o Ministério da Saúde – a coordenação da política de saúde do trabalhador. Esta Lei, em seu Art. 3º, reporta ao trabalho ser um fator condicionante e/ou determinante da saúde. Ademais, em seu Art. 6º, parágrafo 3º, diz que as ações de saúde do trabalhador incluem a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação, abrangendo:

> I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
>
> II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
>
> III- participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
>
> IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
>
> V - informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
>
> VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
>
> VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
>
> VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

A lei evidencia que há um caráter assistencialista ao portador de agravo à saúde em decorrência do trabalho. Esse caráter assistencialista não dá conta, adequadamente, da avaliação da saúde no trabalho, pois remete a diagnóstico sintomatológico como subsídio da prática. Mas há também na lei a determinação da realização de estudos e pesquisas no âmbito do Sistema Único de Saúde, com vistas à avaliação de riscos provenientes do processo de trabalho abrindo espaço para novos modelos de avaliação da saúde no trabalho, nela incluída a saúde psíquica.

5.5. Concepções sobre a relação entre saúde psíquica e trabalho e sobre o nexo entre trabalho e adoecimento

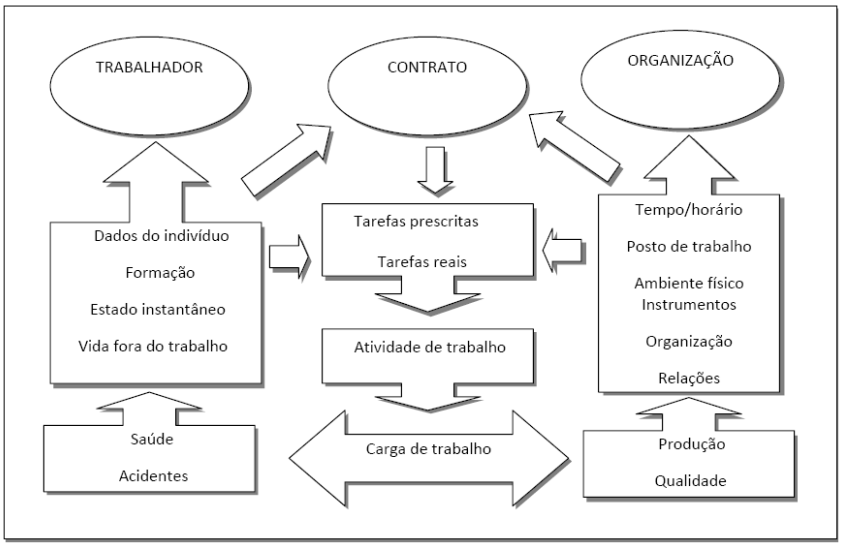
Uma evolução na feição legal da assistência à saúde do trabalhador está ressaltada no Protocolo de Procedimentos Médico-Periciais nº 5.1, que reconhece que o nexo causal de um agravo ocorre entre a doença e o trabalho. Logo, busca-se um ente nosológico. O mesmo protocolo recomenda ao médico perito buscar, além do exame clínico (físico e mental), e exames complementares, "os conhecimentos e as práticas de outros profissionais, sejam ou não da área de saúde" (Art. 2º da Resolução CFM 1488/98). Desta forma, abre-se o espaço não apenas para a constituição do nexo epidemiológico como também da intervenção de perspectivas como a psicossociologia do trabalho, permitindo a compreensão da relação do trabalhador com o seu contexto de trabalho e as repercussões disto no seu bem-estar.

Sobre esta temática, Jacques (2007) afirma que a investigação do nexo causal, algumas vezes, tem diminuído a responsabilização do trabalhador pelo seu próprio agravo, embora o modelo de investigação ainda se paute na patologia. Esta autora lembra com muita propriedade que a investigação do nexo deve se constituir numa demanda para a psicologia. Ademais, sendo o trabalho uma categoria central da vida humana, e o psicólogo um cientista do humano, não é possível entender o ser sem compreender seu trabalho, e tampouco ajudá-lo a reencontrar o bem-estar sem isto. É necessário se compreender o trabalho como uma atividade humana para que as relações entre este e a saúde psíquica se estabeleçam.

Algumas disciplinas se propõem a auxiliar nesta compreensão. Uma delas é a Ergonomia. Esta reporta ao trabalho ser uma atividade humana individual ou coletiva, finalística e organizada, realizada num contexto específico (Teiger, 1992; Tersac, 1995; Torres, 2001). A atividade humana, por sua vez, é formada por componentes físico, cognitivo e psíquico (Wisner, 1987; Abrahão, 1993). O componente físico diz respeito ao uso que o trabalhador faz do seu corpo para desempenhar suas atividades no trabalho. O componente

cognitivo diz respeito às funções perceptivas e mentais empregadas para que a atividade seja realizada. Isto envolve o processamento das informações recebidas, a tomada de decisão e a capacidade de resolução de problemas. (Abrahão, 1993). O componente psíquico "é relativo aos elementos afetivos, relacionais, psicológicos, psicossociológicos e sociológicos da atividade, variáveis comportamentais, motivacionais e psicopatológicas" (Torres, 2001, p.XXII).

Guérin, Laville, Daniellou, Durrafourg, e Kerguellen (1991) propõem um modelo integrador para que se compreenda a relação entre o trabalho realizado, o contexto de trabalho, os resultados do trabalho em termos de produção e de saúde do trabalhador. No modelo, a carga de trabalho, advinda da atividade, impacta sobre a saúde do trabalhador. Se a atividade é o próprio trabalho, no qual há um gênero, é este que vai explicar as condutas socialmente assumidas diante das questões que envolvem a saúde do trabalhador, tanto do ponto de vista destes quanto de quem tem a função de cuidar de sua saúde. Quando falamos de condutas socialmente assumidas tomamos como definição que as organizações são contextos sociais e que os trabalhadores, mesmo quando pensam estar atuando individualmente, fazem isto num dado contexto o que pode resultar em suporte social. A Figura 3 apresenta o modelo proposto por Guérin et al. (1991).



Fonte: Adaptado de Guérin et al (1991).

Figura 3 - Modelo integrador de saúde e trabalho

Discutindo o trabalho Bendassoli (2011) diz que "em um determinado grupo social, a representação de um objeto corresponde ao conjunto de informações, opiniões e de crenças a ele relacionadas." (p. 79) O autor explica que essas informações não são construídas

aleatoriamente. São decorrentes das experiências pessoais e das relações interpessoais, passam a constituir a identidade do sujeito e ajudam a explicar a realidade. Podemos então compreender que as representações do trabalho para um indivíduo se constroem na relação deste com a coletividade. Esta coletividade lhe proporciona suporte social. Isto se assemelha ao conceito de gênero (Bakhtin, 2003; Clot, 2006) reportado como uma história coletiva de como trabalhadores realizam uma atividade. Neste entendimento do fazer coletivo o trabalhador encontra o suporte necessário para sua atividade individual.

Lima (2007, p. 101) afirma que "com a degenerescência do gênero, deixa de existir um coletivo para amparar o sujeito... O sujeito tende, então, a ficar isolado, impossibilitado de mobilizar o recurso genérico e sem o suporte do coletivo". Este isolamento pode resultar em repercussões em sua saúde psíquica se assumimos que saúde é bem-estar e que este depende de bem-estar afetivo, competência pessoal, autonomia, aspiração e funcionamento integrado, como já discutido anteriormente.

Outro autor contribui para a compreensão do trabalho em sua relação com a saúde psíquica é Vasquez (1977). De acordo com o autor "toda ação verdadeiramente humana requer consciência de uma finalidade" (p. 187). Para o autor, a prática humana tem uma finalidade que se apoia no social e que implica em modalidades de atuação que retornam ao meio social e o modifica. Esta finalidade é que torna a categoria ontológica trabalho, ação teleológica, em que há uma negação consciente de um estado atual, almejando uma condição futura como propôs Marx (2008/1890). E que vai diferenciar a práxis da atividade posto é reflexo da interioridade do indivíduo.

Castro (2009) critica os autores como Leontiev (1978) por se limitar a análise da atividade, e Codo, Sampaio e Hitomi (1992) por não incorporarem o conceito de práxis ao analisar a relação entre saúde mental e trabalho. De acordo com Castro (2009), incorporar o conceito de práxis com suas consequências pode resultar "... numa nova orientação de homem e do objeto psicológico para superar as lacunas referidas no campo da saúde mental e trabalho" (p. 191). Para conhecer a práxis o método deve dar conta de dialogar com a teoria e não apenas ser uma aplicação desta e que os atores sociais devem estar implicados na elucidação de como sua saúde psíquica pode ser afetada pelo trabalho, considerando-se as condições em que este é realizado, as relações que se estabelecem e a organização do processo de trabalho. E á medida em que isto for feito, os próprios trabalhadores modificarão suas concepções sobre o trabalho e sua saúde psíquica.

Da discussão empreendida até aqui, compreende-se que os conceitos de práxis e de atividade implicam aceitar que o trabalho é uma construção coletiva e mantém relação

dialética com a saúde do trabalhador. No entanto, quando se adota o materialismo histórico como ponto de partida epistemológico e uma visão de mundo existencialista, o conceito de práxis é o que melhor se adéqua à compreensão dos atos do trabalhador, entendimento este suportado em abordagem teórico-metodológica advinda da psicossociologia do trabalho.

De acordo com Azevedo, Braga Neto & Sá (2002) "psicossociologia é uma vertente da Psicologia Social, que enfoca os grupos, organizações e comunidades em situações cotidianas, utilizando para tal a metodologia da pesquisação." (p. 240). Esta abordagem pauta-se na interdisciplinaridade. Também possibilita a articulação de vários níveis de análise contemplando em cada um deles a participação dos atores sociais. Entre as vantagens da abordagem está a consideração do caráter sócio-histórico em que os fenômenos ocorrem. Isto resulta numa reflexão dialética da teoria e da prática psicossociológica. Desta forma é possível articular a aplicação do conhecimento gerado tanto na promoção, quanto na prevenção de agravos ou na assistência à saúde. A abordagem também permite a compreensão adequada do nexo entre saúde e trabalho.

Diante das questões que envolvem a saúde psíquica do trabalhador, em que há dificuldades objetivas em evidenciar-se o nexo diante de um agravo, os conhecimentos gerados pela psicossociologia permitem, por exemplo, o estabelecimento do nexo epidemiológico, como é o caso da *síndrome de bournout.*

Azevedo, Braga Neto e Sá (2002) evidenciam a necessidade de se compreender:

> ... o conflito entre o desejo de cada um dos indivíduos de ser reconhecido em sua originalidade e especificidade, de fazer-se aceito em sua diferença e, por outro lado, de ser igualmente reconhecido como um dos membros do grupo e da organização, portanto semelhante aos seus pares, formando um corpo social e não um aglomerado de indivíduos. (p. 241).

Isto permite entender os papéis assumidos por profissionais de saúde, que se refletem no modo como encaram suas próprias vidas. Socialmente, as profissões de saúde representam a luta incansável do homem sobre a morte e o adoecimento - logo, representam a vida - e, se nos reportamos às definições modernas de saúde, os lugares onde são exercidas essas profissões, como os hospitais, são locais onde se busca o reajustamento dos indivíduos ao seu meio social. Os profissionais que neles trabalham são vistos como abnegados, dedicados, devotados, que encontram gratificação em curar e aliviar o sofrimento alheio (Elias &

Navarro, 2006; Nogueira-Martins, 2003). Para darem conta destas tarefas, os profissionais de saúde em ambiente hospitalar muitas vezes negam a própria enfermidade.

É sabido por quem atua nos departamentos de Recursos Humanos e em outras funções de gestão em hospitais, que há um mascaramento dos quadros clínicos quando o cliente é o profissional de saúde, e que isto ocorre em especial, quando há um acometimento da saúde psíquica. Não são incomuns os atestados dados por colegas apresentando um C.I.D. diferente da patologia real (e geralmente referindo-se a um quadro físico específico, como uma virose) para não comprometer o papel do indivíduo doente perante o seu grupo de trabalho. Também não é incomum a troca de plantões e escalas de trabalho de maneira que o doente não seja percebido como tal. Tais estratégias parecem ser formas adotadas pelo coletivo de trabalho para proteger o indivíduo. Mas ao mesmo tempo a coletividade e o papel da instituição na sociedade são protegidos.

Parece haver nos profissionais de saúde uma necessidade de ocultar sua doença, sobretudo quando se trata de uma alteração psíquica. No contato com o contexto de pesquisa, durante a vida profissional da pesquisadora e antecedendo os estudos desta tese, observou-se que há um encobrimento natural das patologias, fruto da tentativa de manutenção do papel social do indivíduo, que não se permite colocar à parte do processo produtivo, que é o lugar do doente na sociedade capitalista.

Isto é reforçado por um sentimento de corpo dos profissionais de saúde, que se protegem mutuamente. Um dos sintomas pode ser o pequeno número de atestados e licenças médicas que chegam ao DAS diante do que se observa nos hospitais. Como resultado, doentes no papel de profissionais atendem outros doentes aumentando potencialmente a ocorrência de erros graves e de acidentes de trabalho.

Reconhecer que existe doença no grupo cuidador (dos profissionais de saúde) é reconhecer a falibilidade do papel de produtor de saúde que tem um hospital dentro do contexto socioeconômico e social. Não reconhecer é assumir ser produtor de doença justamente em quem, por papel social, deveria estar cuidando de doentes. Isto passa diretamente pela concepção de gênero. A negação é uma escolha existencial, mas é também uma escolha do gênero. Logo, a mudança deste quadro só é possível com a reflexão dos diversos atores sociais envolvidos. Porém para que haja reflexão e posterior mudança é necessário elucidar aquilo que não está claro no que um modelo de avaliação da saúde psíquica contribuirá.

5.6. Proposição de um modelo ampliado de saúde

A consequência de adotar-se o enfoque da saúde como ausência de doença é desconsiderar a percepção do sujeito sobre seu estado de saúde ou a importância do contexto em que se insere. Deste modo, as ações de gestão voltadas para as condições de trabalho não considerariam os aspectos de prevenção primária à saúde, sobretudo aquelas que incidem sobre a possibilidade de risco psicossocial no trabalho. Bastaria que o gestor mantivesse ativo um serviço de medicina do trabalho que tratasse dos agravos que porventura viessem a ocorrer, registrasse os acidentes e mantivesse em dia o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), como é legalmente determinado seja qual o for o conceito de saúde subjacente a pratica em saúde do trabalhador.

Considerando a saúde em seu aspecto de bem-estar, é papel da gestão garantir ao trabalhador condições que permitam e estimulem sua autonomia, estabelecer relações sociais adequadas no ambiente de trabalho, participar da gestão em seu nível decisório, entre outros. Pautada por este conceito de saúde uma organização reforçaria ações de prevenção centradas nas condições psicossociais de trabalho, reforçando intervenções sobre o clima organizacional, utilizando medidas de socialização, desenvolvimento de equipes, entre outras, destacando aí o papel da área de Gestão de Pessoas em subsidiar os gestores de outras áreas e estabelecer políticas condizentes para que isto viesse a ocorrer.

Ao se incorporar nas práticas de saúde do trabalhador o conceito de saúde como norma proposto por Canguilhem (2006) cabe ao gestor considerar que as ações de um indivíduo em prol de sua saúde ou ao assumir determinados riscos (por exemplo, usar ou não um equipamento de proteção individual) não dependem apenas dele mesmo, o sujeito da ação, mas do que ocorre no seu contexto de trabalho e que vão impactar nas suas condições de trabalho. Entra em cena aqui, entre outros elementos, a cultura tanto em seu aspecto organizacional como também a cultura local da região em que a organização de trabalho está inserida e que vão influenciar a maneira como o coletivo de trabalhadores e o gestor compreendem a forma como o trabalho deve ocorrer, afetando sobremaneira os aspectos referentes à organização do processo de trabalho.

Tomando-se o conceito de saúde como o direito os processos de gestão precisam inserir o coletivo de trabalhadores na discussão, elaboração e definição das políticas de saúde utilizadas pela empresa e em consonância com o proposto pelo SUS. Isto inclui a desde a discussão do processo de trabalho e das condições de trabalho a iniciativas conjuntas de

melhorias nessa área, passando pela oportunização de estudos e pesquisas com a finalidade de compreender a relação saúde trabalho.

No entanto nenhum desses modelos explica adequadamente a saúde do trabalhador e consequentemente não permitem isoladamente sua adequada gestão. Para isto é necessário um modelo integrador de saúde que contemple condições de trabalho, riscos inerentes ao trabalho, aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos, e as ações de garantia do direito à saúde, do qual os modelos anteriores de saúde dão conta embora que isoladamente.

Faz-se então necessário construir um modelo que contemple as conceituações de saúde expostas até aqui, representadas esquematicamente na figura a seguir, visto que cada uma delas traz uma contribuição para a compreensão da saúde psíquica.

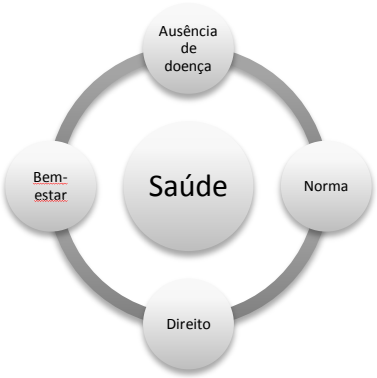


Figura 4. Representação esquemática das conceituações de saúde

Propõe-se, em decorrência do exposto, um modelo ampliado de saúde que, não apenas reconheça a saúde como um direito de todos, mas numa perspectiva compreensiva, parta da observação e valorização das estratégias de luta dos trabalhadores em prol da própria saúde para entender como se processa a relação entre saúde e trabalho.

Graficamente o modelo de compreensão da saúde psíquica no trabalho proposto é assim desenhado:

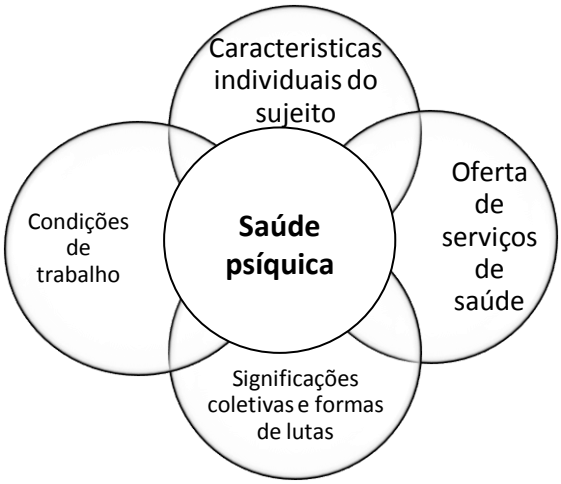

Caracteristicas individuais do sujeito
Condições de trabalho
Saúde psíquica
Oferta de serviços de saúde
Significações coletivas e formas de lutas

Figura 5. Modelo compreensivo de saúde psíquica no trabalho

No modelo apresentado, a saúde no trabalho resulta da interseção entre as características individuais dos sujeitos possuidores de uma história e de características biopsicossociológicas; das condições de trabalho compreendidas como relações no trabalho, organização do processo de trabalho e as condições em que o sujeito exerce suas atividades; da oferta de ações de saúde nos níveis de prevenção, atenção e reabilitação; das crenças do coletivo de trabalhadores, expressas nas estratégias de luta que estes adotam em prol da própria saúde.

O modelo pretende ser compreensivo e não explicativo de forma que os resultados encontrados nas análises realizadas a partir dele em qualquer contexto de trabalho serão singulares para o grupo analisado. No entanto o modelo é de ampla utilização na medida em que pode ser usado em contextos diversos de trabalho, dando voz aos atores sociais e contribuindo para sua saúde na medida em que, ao serem abordadas as estratégias de luta dos trabalhadores, estes tem oportunidade de pensar sobre a própria saúde o que pode resultar em novas práticas e lutas num círculo virtuoso.

Ao apresentar o modelo proposto reconhecemos que não podemos prescindir de conhecer os sintomas que traduzem a avaliação que o indivíduo faz de seu ajustamento ao meio, nem tampouco o que é a norma, nesse meio. Embora reconheçamos o perigo desta medida nos remeter ao conceito negativo de saúde psíquica, ela é importante por traduzir o que o trabalhador pensa sobre si mesmo e se há a percepção de disfuncionalidade que, de acordo com Canguilhem é o que caracteriza o transtorno psíquico. Ainda tomando a definição de saúde de Canguilhem, se há sintoma percebido pelo indivíduo então há comprometimento do bem-estar psíquico.

Como o foco do estudo é a saúde psíquica de profissionais de saúde, é necessário conhecer o contexto de trabalho desses profissionais em seus locais de atuação, pois é na relação com o contexto que as normas dos grupos sociais são estabelecidas.

Se tomarmos a contribuição da definição ampliada de saúde como um direito e fruto das lutas diárias dos trabalhadores, então também é necessário conhecer a oferta de serviços de saúde aos trabalhadores e também, que estes não apenas falem de seu contexto de trabalho e saúde psíquica, mas pensem sobre sua prática, para que possam ser agentes produtores de sua própria saúde. A estratégia de ação coletiva também reforça o apoio psicossocial necessário à manutenção da saúde psíquica dos trabalhadores. Embora não seja objetivo desta tese estabelecer ações de promoção da saúde psíquica, acredita-se que, à medida que os trabalhadores reflitam sobre sua saúde psíquica, a partir das contribuições proporcionadas pelo método de pesquisação utilizada, haverá um reforço das estratégias coletivas de promoção e proteção da saúde no trabalho. Esse método será descrito no Capítulo 6.

6. Método

Neste capítulo será apresentado o método, descrevendo as técnicas de pesquisa a serem empregadas, tendo em vista o objetivo geral da tese que é avaliar a relação entre saúde psíquica e condições de trabalho em profissionais de saúde nos hospitais da UFRN.

Tendo em vista orientar a consecução do objetivo geral, definiram-se, então, os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Descrever reflexivamente o contexto de pesquisa em que atuam os participantes da pesquisa.
- ✓ Identificar as condições de trabalho dos participantes do estudo, compreendendo como as características do contexto marcam tais condições.
- ✓ Avaliar a saúde psíquica de tais participantes, discutindo como esse fenômeno é marcado pelo contexto de trabalho.
- ✓ Compreender as relações existentes entre a saúde psíquica e as condições de trabalho dos participantes da pesquisa.

6.1. Design da pesquisa

Classifica-se a presente pesquisa, segundo seu método, como pesquisação. De acordo com Tripp (2005,) logo após Lewin ter cunhado o termo na literatura, este foi empregado por outros pesquisadores para quatro tipos distintos de pesquisa: pesquisa-diagnóstica, pesquisa participante, pesquisa empírica e pesquisa experimental. Tripp define ainda a pesquisação como "...um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela." (p. 445-446).

A pesquisação é também tratada por Vergara (2007) que conceitua esta última como "...um tipo particular de pesquisa participante e de pesquisa aplicada que supõe intervenção participativa na realidade social. Quanto aos fins é, portanto, intervencionista." (p. 14).

Para Thiollent (1996), pesquisação é

> ... um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (p. 14).

A pesquisa social, de acordo com Lewin (1948/1978) preocupa-se concomitantemente com o estudo das leis gerais da vida grupal e com o diagnóstico de situações específicas.

Assim, o método da pesquisação pode requerer o emprego de técnicas variadas para atingir esses objetivos e mostrar a relação entre ações e práticas nos grupos estudados.

Spink (2003) afirma que na pesquisação são utilizadas técnicas de pesquisa consagradas que informam a ação que se decide tomar. Este autor esclarece que o sequenciamento da ação, resultante da monitoração de cada fase, pode produzir alterações na prática, derivada das informações produzidas, o que significa que o caminho traçado pode ser alterado de acordo com o surgimento de novas hipóteses a serem investigadas ou com a implementação de mudanças decorrentes do conhecimento que vai sendo produzido ao longo do processo ou de outras alterações contextuais.

É preciso diferenciar ação de prática para que os conceitos sejam adequadamente compreendidos. Segundo Pimenta (2005), "A prática pertence ao âmbito do social e expressa a cultura objetivada, o legado acumulado, sendo própria das instituições." (p. 523). Para a autora as ações dos sujeitos expressam práticas sociais, criando-as e, ao mesmo tempo, sendo geradas por essas práticas. Portanto, a pesquisação não se sustenta na epistemologia positivista, pois "...pressupõe a integração dialética entre o sujeito e sua existência; entre fatos e valores; entre pensamento e ação; e entre pesquisador e pesquisado." (Franco, 2005, p. 488). Cabe então ao pesquisador lembrar que práticas e ações mantém entre si uma relação dialética que a pesquisação precisa contemplar sendo necessário partir do contexto para o entendimento do campo a ser estudado.

A operacionalização desta pesquisa iniciou com um contato realizado com a Pró-Reitoria de Recursos Humanos no qual foi apresentada a proposta da tese. Em razão de a PRH estar implantando naquela ocasião o polo do SIASS para o estado do Rio Grande do Norte e do número de servidores federais atuantes na saúde ser bastante significativo, foi emitido um documento institucional ao Complexo Hospitalar e de Saúde, ao qual os hospitais estão vinculados, evidenciando que os resultados da pesquisa são de interesse institucional na medida em podem vir a gerar ações de melhorias para o grupo pesquisado. Em seguida, a coordenação do CHS colocou a apresentação da proposta de tese como ponto de pauta na sua reunião ordinária com os diretores dos hospitais da UFRN, apresentando também o interesse da PRH. Nesta reunião os diretores conheceram a proposta da pesquisa e fizeram questionamentos à pesquisadora. Como é característico na pesquisação, este contato inicial gerou dados para a reflexão mútua: pesquisadora e pesquisados representados pelos diretores hospitalares e coordenador do CHS.

A pesquisação foi desenvolvida no campo abrangendo uma combinação de estratégias: a pesquisa documental, a aplicação de um protocolo de pesquisa no formato de questionários

estruturados, grupo focal, observação participante e entrevistas informais não estruturadas durante o processo de observação. O desenvolvimento da aplicação de cada uma das técnicas será detalhado na sequência (deste capítulo).

6.2. Participantes da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de saúde em dois hospitais da UFRN. O uso do termo ‘profissionais de saúde’ inclui, como participantes, as profissões da área de saúde cujo exercício é regulamentado: enfermeiros, médicos, odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, bioquímicos, nutricionistas técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia e de laboratório, técnicos em higiene bucal, entre outros, que prestam assistência ao usuário dos serviços de saúde. Os participantes se restringem aqueles profissionais de saúde com vínculo empregatício formal com a UFRN.

De acordo com González Rey (2000), o conceito de amostra reflete os princípios da pesquisa positivista de caráter correlacional objetivando: significação estatística dos resultados; generalização do conhecimento; apresentação dos fenômenos em termos populacionais; padronização da aplicação dos instrumentos no ambiente de pesquisa. O mesmo autor evidencia que entre os pesquisadores que tentam romper com o positivismo surge o conceito de amostra propositiva, definida pela natureza do problema e não pela natureza estatístico-populacional. Essa amostra representa o grupo, considerando que este é um sistema constituído e dotado de subjetividade e não apenas uma soma de indivíduos. A amostra vai se constituindo à medida que o pesquisador interage com o grupo.

Nesta pesquisa, como foram aplicadas várias técnicas, a estratégia de formação amostral também variou. Para a aplicação do questionário formou-se uma amostra acidental, em que a acessibilidade e voluntariedade dos participantes foram os critérios básicos de inclusão na amostra. Essa amostra resultou em 89 participantes no HUOL e 31 participantes no HUAB. Para o grupo focal e entrevista a estratégia foi propositiva, na medida em que os participantes da pesquisa foram inclusos entre os presentes no momento da atividade de campo, seguindo a evolução da inserção da pesquisadora no campo de pesquisa. O grupo focal contou com a participação de 06 profissionais de saúde e foram entrevistados 15 profissionais de saúde no HUAB e 23 no HUOL, totalizando 38 entrevistas.

6.3. Atividade de campo

Antes do início da atividade de campo o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do comitê de Ética e Pesquisa da UFRN, cujo protocolo constitui o Anexo 1. Entretanto, por se tratar de uma pesquisação, considera-se que atividade de campo se iniciou no contato da pesquisadora com o campo no momento de explicitação dos objetivos de pesquisa para os diretores dos hospitais e coordenador do CHS, o que já foi comentado anteriormente.

A pesquisa documental abrangeu documentos da UFRN e do Governo Federal que tratavam das condições de trabalho e da saúde do trabalhador, bem como notícias da mídia, atas de reuniões nos hospitais, informes nas mídias utilizadas pelo sindicato.

A coleta de dados utilizando questionários estruturados como instrumento de pesquisa, foi desenvolvida na seguinte sequência: contato com a direção dos hospitais da UFRN em que os participantes trabalham, solicitando a autorização para que os profissionais (potenciais participantes) fossem abordados, contato com carta de apresentação da pesquisa firmada pela pesquisadora e firmado também pelo dirigente da organização/instituição (Anexo 2); contato com os participantes solicitando a sua adesão voluntária a pesquisa, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3); e aplicação do protocolo de pesquisa, caso o participante de fato aceitasse participar voluntariamente e confirme sua decisão no TCLE[9]. Esta aplicação foi individual obedecendo às especificidades do campo de pesquisa e do grupo pesquisado. A aplicação foi efetivada pela autora desta tese e por pesquisadoras treinadas para este fim. No protocolo de pesquisa foi preservado o anonimato do participante e, em virtude disso, o TCLE foi arquivado separadamente de forma a tornar impossível vincular o termo a um protocolo de pesquisa respondido.

A observação participante foi realizada pela pesquisadora nos dois hospitais. De acordo com Serva e Jaime Jr. (1995), observação participante é a situação de pesquisa em que observador e observado encontram-se face a face, e em que o processo de coleta de dados se dá no próprio ambiente natural de vida dos observados, que passam a ser vistos não mais como objetos de pesquisa, mas como sujeitos que interagem em dado projeto de estudos. Esta interação está de acordo com os princípios da pesquisação. Foi planejada uma atividade de observação para coleta de dados que resultou na interação entre a pesquisadora e os participantes no contexto de trabalho destes em que os limites entre formalidade e informalidade foram tênues. O caráter formal (institucional) do estudo decorreu da inserção

[9] Essas duas etapas ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2010 e janeiro de 2011.

da pesquisadora num grupo de pesquisa universitário, inserido num programa de pós-graduação e resultou em interações para as quais as prescrições foram limitadas, mas a informalidade resultou da espontaneidade que fez parte dos atos interativos de pesquisador e participantes. A observação participante objetivou apreender informações que emergiram, em tal contexto, da espontaneidade. Os dados foram registrados em diários de campo.

Capelle (2002) apresenta um quadro das posições de Thiollent (1997) sobre as características da pesquisação em comparação com a observação participante, que certamente ajuda a compreensão de como a observação participante se inseriu na presente pesquisa como técnica de coleta de dados (Tabela 4). A escolha pela observação participante como principal forma de interação com os pesquisados decorreu do fato desta técnica permitir uma compreensão do contexto pela pesquisadora ao mesmo tempo em que possibilitava uma reflexão sobre as condições de trabalho e a saúde psíquica pelos pesquisados à medida que as interações ocorriam.

Tabela 3
Posições de Thiollent (1997) sobre as características da pesquisação em comparação com a observação participante.

PESQUISAÇÃO	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE
Caráter participativo (integração entre pesquisadores e membros da situação investigada). Produz ação planejada sobre os problemas detectados. Requer legitimidade dos diversos autores e convergência de interesses. Não se limita a descrever uma situação. Gera acontecimentos ou resultados que podem desencadear mudanças.	Discussão entre pesquisadores e membros da situação investigada. Nem sempre possui ação planejada. Lida com situações de contestação do poder vigente. Descreve uma situação.

Fonte: Capelle (2002)

Com a finalidade de observar o contexto a pesquisadora autora desta tese se inseriu no campo como plantonista eventual do HUAB em setembro de 2011[10] e como responsável pela condução de uma oficina de desenho de processos de uma diretoria assistencial do HUOL de julho a outubro do mesmo ano, além de realizar observações nas dependências do hospital. Paralelamente participou de reuniões nos dois hospitais sempre que o assunto abordava condições de trabalho ou saúde do trabalhador. O acesso foi facilitado, pois a pesquisadora trabalhou 14 anos no HUOL e também manteve um bom relacionamento profissional com o HUAB quando de sua passagem pela PRH como técnica.

[10] Permanecendo na atividade até o final da análise dos dados.

Inserida no campo a pesquisadora também realizou entrevistas informais não estruturadas no HUOL e no HUAB com o intuito de elucidar melhor os fenômenos em estudo que foram se configurando na análise de dados.

Foi prevista a realização de grupos focais a serem conduzidos pela pesquisadora em sala apropriada no local de trabalho dos participantes. No entanto foi deflagrada uma greve durante a coleta de dados inviabilizando a realização desta técnica no HUOL. Aconteceu uma única sessão de grupo focal no HUAB. Este aconteceu no auditório daquele hospital permitindo que o grupo funcionasse sem interrupções. A sessão durou 90 minutos. O tema foi relativo às condições de trabalho e a saúde psíquica dos profissionais de saúde. O roteiro do grupo focal foi semiestruturado o que significou que outras questões puderam ser incluídas para elucidar o assunto investigado.

Previu-se, completando o ciclo de pesquisação a discussão dos resultados aos participantes também como um momento de coleta de dados, uma vez que conduziria a uma ressignificação desses resultados. Porém o movimento grevista deflagrado entre os funcionários técnico-administrativos na UFRN impediu que isto acontecesse, sendo prevista essa atividade no próximo ano quando a pesquisadora deverá participar da discussão do tema em um seminário. Avaliou-se que, a discussão dos resultados durante o movimento grevista dos Técnicos Educativos em Educação[11], poderia resultar em conflitos organizacionais, os quais os dirigentes preferiram evitar.

Acredita-se que a não discussão dos resultados disponíveis na forma prevista caracteriza a pesquisa como foi planejada anteriormente como inacabada, porém considerou-se que tais resultados foram validados pelo cruzamento das técnicas de pesquisa (observação participante, grupo focal, análise documental e as entrevistas não estruturadas) permitindo a adequada apresentação dos mesmos.

6.4. Instrumentos de coleta de dados

Os questionários estruturados aplicados foram organizados na forma de protocolo de pesquisa (anexo 4). Esse consiste em questões fechadas e de múltiplas alternativas de resposta. Foi formado pelo Questionário de Condições de Trabalho desenvolvido pelo Grupo de Estudos de Saúde Mental e Trabalho (GEST) da UFRN e pelo Laboratório de Estudo sobre o Trabalho, Sociabilidade e Saúde (Labtrab) da UFMG, pelo Questionário de Saúde Geral–60 (QSG–60), pela Escala de Bem-Estar Afetivo no Trabalho (JAWS), adaptada por Gouveia,

[11] A greve foi deflagrada no dia 11 de junho de 2012 e perdurou até 27 de agosto.

Fonseca, Lins e Gouveia (2008) e por questões referentes ao perfil dos participantes da pesquisa.

O Questionário de Condições de Trabalho baseia-se nas taxionomias propostas por autores como Alvaro e Garrido (2006), Blanch et al. (2003), Muchinsky (1994) Ramos et al. (2002) e Warr (1987) e investiga as condições de trabalho a partir da resposta de trabalhadores. Esta taxionomia foi citada no quarto capítulo desta tese. Além de tal taxionomia, a elaboração desse questionário teve como ponto de partida o questionário usado *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (http://www.eurofound.ie), que realiza *survey* quinquenal sobre condições de trabalho nos países da União Europeia. Tal como aquele, o questionário de Condições de Trabalho[12] utilizado aqui é estruturado, mas não como uma escala única em virtude da complexidade do fenômeno.

O questionário foi submetido à análise fatorial sendo identificadas quatro categorias de análise, sendo a primeira delas – condições contratuais e jurídicas – que diz respeito ao conjunto de aspectos da vinculação do trabalhador com o trabalho (autônomo versus empregado), da formalidade ou não do emprego, estabilidade, modalidades do emprego, sistema de incentivo e tempo dedicado ao trabalho (Borges, Alves-Filho, Costa & Falcão, submetido). Esta categoria contém questões não escalares.

As outras três categorias – condições físicas e materiais, processos e características do trabalho e ambiente sociogerencial estão detalhadas na tabela 04 que contém as subcategorias e a explicação da variância. As partes do questionário que tratam dessas categorias são escalares e representam a percepção da exposição do participante ao fator.

[12] Embora não fosse objeto desta tese a elaboração e validação de um questionário, a pesquisadora participou deste processo. A análise fatorial realizada para estabelecer estas dimensões está descrita em um artigo do qual esta pesquisadora é co-autora, intitulado *Questionário de condições de trabalho: reelaboração e validação de construto* (Borges, et al., submetido). O artigo foi submetido à Revista de Avaliação Psicológica e contém o detalhamento do questionário e sua forma de avaliação.

Tabela 04
Categorias e subcategorias de avaliação das condições de trabalho

Condições	Subcategorias
Condições Físicas e materiais	**Aspectos Psicobiológicos** (R^2= 0,22; α= 0,90) Perceber-se exposto a: riscos do ambiente físico e material que podem ter impacto na saúde (corporal e psíquica).
	Espaço de Trabalho (R^2=0,10; α= 0,73) Perceber-se exposto a: realizar as atividades dentro de instalações específicas da organização e/ou quanto é necessário ser realizado no campo e no espaço virtual.
	Aspectos Fisicoquímicos (R^2= 0,08; α=0,64) Perceber-se exposto a aspectos do ambiente físico e material do trabalho, como: a presença de vapores, fumaça e poeira; temperatura e iluminação.
	Exigências de Esforço Físico (R^2= 0,06; α=0,81) Percebe-se exposto a: atividades de trabalho que exigem uma execução mecânica e movimentos repetitivos, com uso de máquinas e equipamentos.
	Riscos de Acidentes (R^2=0,05; α=0,82) Percebe-se exposto a: diferentes riscos de acidentes de pequeno porte, incapacitantes e fatais.
Processos e características da atividade	**Espaço de Autonomia** (R^2= 0,13; α= 0,81) Contar na organização do trabalho com a possibilidade de decidir autonomamente pelos métodos, planejamento e ritmo do que se realiza. Espaço de ação.
	Complexidade, Responsabilidade e Rapidez (R^2=0,10; α= 0,75). Quanto se exige do trabalhador execução de tarefas complexas, rapidez, responsabilidade por danos e iniciativa diante do imprevisto.
	Organização do Tempo (R^2= 0,09; α=0,72) Quanto de autonomia se dispõe para organizar o próprio trabalho no tempo, planejar intervalos, folgas e férias.
	Estímulo à colaboração (R^2=0,05; α=0,63) Quanto é possível contar com a colaboração dos pares e colaborar com eles na realização do trabalho.
Condições do ambiente sociogerencial	**Organização das atividades** (R^2= 0,27; α= 0,81) Diz respeito à natureza e distribuição das atividades no ambiente de trabalho. Revela aspecto da percepção do participante sobre o exercício da função gerencial organizativa, o que justifica a denominação.
	Infraestrutura e Pressão (R^2=0,11; α= 0,90) Refere-se a pressões diretas e indiretas (por meio da fragilidade infraestrutural): exposição a situações de falta de equipamentos e material de trabalho; percepção de exigências desproporcionais às condições de infraestrutura.
	Oferta de Informação de Saúde (R^2= 0,08; α=0,88) Diz respeito à percepção dos participantes sobre ações gerenciais de prevenção a acidentes de trabalho e a problemas de saúde ocupacional, informando o trabalhador sobre os riscos existentes.
	Discriminação (R^2= 0,07; α=0,58) Refere-se à sujeição dos participantes a situações de discriminação baseadas em traços pessoais (por exemplo: idade, altura, cegueira, sexo). Fazendo parte da dimensão sobre o ambiente sociogerencial alude, portanto, a percepção do participante quanto ao gerenciamento na organização que minimize ações discriminatórias.
	Participação (R^2=0,05; α=0,63) Itens referentes à percepção dos participantes sobre as práticas interativas de consulta sobre mudanças na organização do trabalho e de abertura ao diálogo em torno do desempenho no trabalho.
	Violência (R2=0,05; α=0,80) Itens que aludem a ameaças de violência físicas, agressões verbais, intimidações, perseguições e discriminação sexual. Refere-se, portanto, à amistosidade das relações interpessoais.
	Ambiente Conflitivo (R^2=0,04; α=0,80) Os itens descrevem a percepção do participante no que se refere às possibilidades de ser envolvido em conflitos interpessoais e em situações que divergem de seus valores e princípios.

Fonte: adaptado de Borges, Costa, Alves-Filho, Souza, & Leite (submetido).

O QSG–60 é um questionário multidimensional, autoadministrável validado para identificar desordens psiquiátricas menores através da identificação do desvio do comportamento normal do respondente quando comparado o estado de saúde atual com o usual. Foi desenvolvido por Goldberg em 1972 e consta de uma série de 60 perguntas em que se investiga se o respondente apresentou recentemente sintoma ou comportamento taxado numa escala de Lickert de 4 pontos (variando de 0 a 3). Este instrumento foi adaptado para o Brasil por Pasquali, Gouveia, Andriola & Ramos (1994) e avalia a saúde geral em seis fatores: Estresse Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança do Próprio Desempenho e Autoeficácia, Distúrbio do Sono, Distúrbio Psicossomático e um último fator referente à soma dos anteriores que representa a presença ou ausência dos distúrbios psiquiátricos não psicóticos no respondente denominado Saúde Geral.

O primeiro fator, Estresse Psíquico, traduz as experiências de tensão, sobrecarga e desgaste do indivíduo e é composto por 13 questões. O segundo fator, Desejo de Morte, denuncia pensamentos sobre acabar com a própria vida e sentimentos de nulidade ou aniquilamento. É composto por 8 questões. O terceiro fator, Desconfiança do Próprio Desempenho e Autoeficácia, mostra a crença do indivíduo na capacidade de realizar suas tarefas diárias de forma satisfatória. É composto por 17 questões. O quarto fator, Distúrbio do Sono, mostra as alterações do sono que podem estar presentes. É composto por 6 questões. O quinto fator, Distúrbio Psicossomático, se refere a problemas de ordem orgânica, como cefaleias, sensação de fraqueza e outras manifestações. A soma de todos os fatores é tratada como Fator Geral, e representa a presença e severidade dos distúrbios não psicóticos no respondente. Deste modo, o escore do Fator Geral no QSG-60 demonstra que o respondente apresenta dificuldades psicológicas, o que pode ser traduzido como comprometimento do seu bem-estar psíquico, e provável impossibilidade de manter uma vida pessoal e social satisfatórias.

De acordo com Pasquali et al. (1994), a análise de consistência interna dos fatores através do alfa de Cronbach mostrou que os fatores 1, 2 e 3 apresentaram coeficiente 0,89, o fator 4 apresentou 0,80 e o fator 5 obteve coeficiente 0,83, e por fim o QSG como um único fator (60 itens) apresentou um alfa 0,95, demonstrando uma boa consistência interna da escala.

A Escala de Bem-Estar Afetivo no Trabalho (*JAWS – 12*), adaptada por Gouveia, Fonseca, Lins e Gouveia (2008), se propõe a avaliar o bem-estar subjetivo no trabalho – BES – através de afetos reportados pelos trabalhadores. Esta adaptação contém afetos relacionados com o trabalho que se agrupam em quatro dimensões como mostra a figura em sequência e

não apenas em duas, como na versão original. Segundo os autores da adaptação, uma das vantagens da escala é que ela traz um modelo bidimensional de análise mostrando o efeito dos sentimentos na ação humana no trabalho.

Tabela 5
Dimensões de avaliação do Bem-Estar Afetivo no Trabalho

Dimensão	Características comportamentais relativas aos afetos
Valência Positiva Excitação Alta – VPEA Caracteriza-se por sentimentos de prazer em relação ao trabalho e ativação do comportamento.	Com energia, empolgado e entusiasmado
Valência Positiva Excitação Baixa – VPEA Caracteriza-se por sentimentos de prazer em relação ao trabalho e comportamento letárgico.	Tranquilo, contente e satisfeito
Valência Negativa Excitação Alta – VPEA Caracteriza-se por sentimentos de desprazer em relação ao trabalho e ativação do comportamento.	Com raiva, incomodado e furioso
Valência Positiva Excitação Baixa – VPEA Caracteriza-se por sentimentos de desprazer em relação ao trabalho e comportamento letárgico.	Desencorajado, desgostoso e triste

Adaptado de Gouveia Fonseca, Lins e Gouveia (2008).

O Questionário de Perfil dos Participantes contém questões sobre aspectos sociodemográficos, como idade, sexo, nível de instrução, local de trabalho, entre outros.

O roteiro do grupo focal (Anexo 5) obedeceu o proposto por Krueger (1994) contendo aproximadamente 12 questões divididas da seguinte forma:

- ✓ questões abertas – feitas a todos para identificar as características comuns dos participantes;
- ✓ questões introdutórias – formuladas para introduzir a discussão e proporcionar aos participantes reflexão sobre experiências anteriores;
- ✓ questões de transição – para mover a discussão para as questões-chave que do estudo;
- ✓ questões-chave – versando sobre os objetivos centrais da tese;
- ✓ questões finais – para proporcionar o fechamento da discussão, retomando o que foi abordado. Estas questões permitiram que os participantes, considerando o que foi discutido, refletissem sobre os pontos mais importantes;
- ✓ questões-resumo – feitas pela pesquisadora com o objetivo de fazer um resumo do que foi discutido para aprovação ou reelaboração pelo grupo pesquisado;
- ✓ questão final – questão padronizada perguntada ao final da realização do grupo focal. Foi o momento de falar ao grupo sobre o que estava sendo pesquisado e perguntar se algo foi esquecido.

O diário de campo (Anexo 6) foi destinado ao registro da observação participante. Este diário é um instrumento que consta de um campo contendo a identificação do local e data em que foi feita a observação e outro para registro do que foi observado. As anotações foram realizadas à medida que as observações forem ocorrendo.

De acordo com Cruz-Neto (1997), o diário de campo é um instrumento em que o pesquisador pode anotar suas percepções, angústias, questionamentos e observações não obtidos por meio de outras técnicas. Na pesquisação registra a interação do pesquisador com os pesquisados do ponto de vista do primeiro, além de que registra e constrói informações que elucidam situações encontradas no campo que às vezes não são apreendidas por outros instrumentos.

6.5. Análises de dados

O conjunto de estratégias metodológicas e suas respectivas análises de dados estão descritos na Tabela 6 e detalhados em sequência.

Tabela 6
Estratégias metodológicas

	Pesquisa documental	**Grupo focal**	**Observação participante**	**Entrevistas informais**	**Aplicação do protocolo de pesquisa**
Participantes	-	Realizado apenas no HUAB em virtude da greve dos Tas. Participaram 06 profissionais de saúde.	Pesquisadora em interação com os demais atores sociais	38 entrevistas com profissionais de saúde (15 no HUAB e 23 no HUOL)	120 profissionais de saúde sendo 89 no HUOL e 31 no HUAB
Instrumentos	Documentos referentes aos objetivos propostos para a tese	Roteiro semi-estruturado	Diário de campo	Roteiro não estruturado	Questionário de perfil dos participantes; questionário de condições de trabalho, QSG-60 e JAWS-12
Procedimentos de coleta	Seleção e categorização dos documentos	Realizado no local de trabalho	Realizada nos locais de trabalho	Realizada durante as observações participantes	Coleta acidental
Procedimentos de análise de dados	Análise de conteúdo	Análise de conteúdo	Reflexão da pesquisadora, pano de fundo para as outras análises	Análise de conteúdo	Tratamento estatístico Uso do SPSS

A pesquisa documental foi inspirada em Bardin (1986) seguindo as seguintes etapas: a princípio foram definidos com critérios de inclusão dos documentos: tratar de assuntos referentes às condições de trabalho ou da saúde psíquica dos participantes; sequencialmente foi realizada uma pré-análise com organização do material que constitui o corpus da pesquisa Bardin (1986); uma análise confrontação do material com o referencial teórico principalmente no que diz respeito às categorias de condições de trabalho e; o tratamento dos resultados compreendendo a inferência e a interpretação, desenvolvimento da reflexão e escrita da tese.

Os registros do grupo focal foram submetidos à análise de conteúdo temática e obedecendo às seguintes etapas: seleção do material disponível, leitura flutuante, categorização do material reavaliação das categorias encontradas reagrupando-as ou hierarquizando-se (Bardin, 1986; Bauer & Gaskell, 2002, Minayo, 2000).

Os registros dos diários de campo foram objeto de reflexão da pesquisadora, exigindo leitura e releitura durante todo o processo de coleta e análise de dados e em alguns momentos, quando continham entrevistas informais, exigindo também análise de conteúdo através da técnica exposta anteriormente. Essa reflexão apoiou tanto a evolução da observação participante quanto serviu de pano de fundo para a análise dos demais dados coletados.

Os dados coletados através do protocolo de pesquisa anteriormente descrito foram registrados em banco de dados em formato compatível com o SPSS (*Statistical Package for Social Science*). Todas as análises estatísticas foram desenvolvidas a partir das rotinas do referido programa. Para a parte referente ao Questionário de condições de Trabalho, foram feitas análises de frequência com uso do teste qui-quadrado, análise de variância (ANOVA) e teste pos-hoc (Bonferroni). A Análise do QSG-60 obedeceu à rotina proposta no manual do teste. A análise da JAWS-12 também seguiu as recomendações dos autores (Gouveia, et al., 2008).

O conjunto das técnicas de pesquisa objetivou realizar uma avaliação da saúde psíquica em relação com as condições de trabalho contemplando o modelo de saúde psíquica apresentado nesta tese já que nele a avaliação da saúde psíquica é resultante de um conjunto de análises sobre: a oferta dos serviços de saúde pela UFRN que traduzem o conceito de saúde adotado pela instituição na avaliação desses trabalhadores; as significações coletivas e formas de luta para a saúde psíquica, obtida através da manifestação dos trabalhadores nos seus fóruns de representação como o sindicato; o contexto de trabalho para que as condições de trabalho sejam evidenciadas; os resultados obtidos no QSG-60 e da JAWS-12 para perscrutar a existência de sintomas indicando transtorno psíquico, ou disfuncionalidade ou então normatividade, ou seja, a preservação da capacidade de ajustamento ao meio. Em seu

conjunto o modelo permite conhecer a relação que estes trabalhadores fazem entre sua saúde psíquica e suas condições de trabalho.

7. O contexto de pesquisa: os hospitais e os profissionais de saúde

Este capítulo apresenta a descrição do contexto de pesquisa constituído por dois hospitais da UFRN – HUOL e HUAB. São instituições e organizações vinculadas a outra mais ampla, que é a universidade que os sedia. De acordo com Srour (2005), toda instituição/organização é multidimensional, exigindo para a sua descrição a apreensão de suas três dimensões: socioeconômica (funções, relação com o ambiente, fontes de recurso, serviços produzidos, etc.), estrutural (organização das relações de poder, sistema de prestação de contas, fiscalizações a que se submete, etc.) e simbólica (que abrange os aspectos culturais como os sentidos da instituição/organização construídos por seus diversos atores como gestores, usuários e cidadãos da comunidade local, órgãos fiscalizadores, etc.). Além disso, sua complexidade se amplia a partir do vínculo com a própria UFRN, pois implica estar permeado por múltiplas fontes prescritivas, entre as quais estão as funções e políticas universitárias, o Sistema Único de Saúde e as políticas de assistência ao servidor público federal. Os vínculos, dimensões e fontes prescritas mencionadas são todas dinâmicas e construídas historicamente.

O capítulo inicia realizando uma explanação histórica sobre cada um dos hospitais e, depois apresenta uma análise institucional dos mesmos, e a relação destes com o SUS. As informações que fundamentaram o capítulo foram coletadas em pesquisa de campo, apoiada na observação participante, em entrevistas com informantes privilegiados nos três hospitais e em análise documental, abordando documentos institucionais e notícias da mídia sobre os hospitais.

7.1. Contexto histórico

O Hospital Universitário Onofre Lopes originou-se do primeiro hospital público do estado, criado em 1855, através da Lei nº 335, de 10 de setembro, primeiramente denominado "Hospital da Caridade", mantido pelo estado e por doações, sendo extinto em 1906, porém conservando uma enfermaria em atividade para atender aos doentes miseráveis.

Em 1909, o então Governador do Estado Alberto Maranhão reorganizou as ações de saúde e o comerciante Juvino Barreto doou uma residência de veraneio (no local onde hoje funciona o hospital, na Av. Nilo Peçanha, nº 620, Petrópolis), sendo criado o Hospital de Caridade Juvino Barreto, como hospital geral, que passou a funcionar no dia 12 de setembro

daquele ano com 18 leitos, sendo dirigido por Dr. Januário Cicco, (médico renomado na cidade) e subordinado à Inspetoria de Higiene e Saúde.

O hospital foi primeiramente mantido com recursos do Estado e, posteriormente, pela Sociedade de Assistência Hospitalar (de 1927 a 1947), entidade sem fins lucrativos, sendo doado a esta instituição em 1952. Compete registrar que em 1935, o hospital passara a se chamar Miguel Couto e, em 1946, o hospital passou a ter 379 leitos, sendo o maior hospital do Rio Grande do Norte.

Em 1955, com a criação da Faculdade de Medicina, o hospital passou a abrigar as atividades práticas daquele curso e, mais tarde, outros da área de saúde, assumindo um papel formador. Porém, apenas em 1960 foi federalizado por decreto do, então, Presidente da República Juscelino Kubitscheck, passando a pertencer a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a denominar-se Hospital das Clínicas, mantido pelo Ministério da Educação (MEC) e devendo ser campo de ensino, pesquisa e extensão universitárias dos diversos cursos da área de saúde.

A partir da Resolução Nº 68/68 do Conselho Superior da UFRN, o hospital passa a denominar-se no ano de 1984 'Hospital Universitário Onofre Lopes'[13] com leitos públicos e privados e lugar de destaque na assistência à saúde do Rio Grande do Norte.

Em 1988, através da Lei 8.080, que criou o SUS, o hospital, assim como seus congêneres no país, foi incorporado ao referido sistema, integrando a rede assistencial do estado como hospital de referência para diversos procedimentos. Com a municipalização da saúde, sendo Natal município polo, os serviços ofertados pelo HUOL à população em geral e aos funcionários da UFRN que tinham acesso diferenciado à assistência, foram progressivamente pactuados com o SUS que atualmente detém 100% de todos os procedimentos. Estes são agendados diretamente pela Central de Marcação do Estado que controla toda a demanda do SUS para suas unidades prestadoras.

Vinculado ao HUOL está o Centro de Diagnóstico Por Imagem – CDI – que ao ser inaugurado foi considerado o segundo melhor centro de diagnóstico por imagem do país, entre os mantidos pelo SUS, segundo informe publicitário do próprio Ministério da Saúde.

Em novembro de 2010 o HUOL inaugurou o Edifício Central de Internação para abrigar as enfermarias clínicas e cirúrgicas e a unidade de transplante renal, ficando na estrutura antiga a UTI e o Centro Cirúrgico. No novo edifício as enfermarias dispõem de no máximo três leitos, cada uma com seu banheiro, armários individuais para os pertences dos

[13] O nome dado ao hospital foi uma homenagem ao médico Onofre Lopes da Silva, primeiro Reitor da UFRN.

pacientes, separação entre os leitos, poltronas de repouso para os pacientes ou para seus acompanhantes.

Em razão de sua classificação como hospital terciário o HUOL realiza procedimentos de pequena, média e alta complexidade. Possui UTI, centro cirúrgico, unidade de transplantes, de cirurgias cardíacas e de diálise, leitos de enfermarias das diversas clínicas e disciplinas cirúrgicas e seu cliente é a rede de saúde do estado, uma vez que não é aceita a demanda espontânea. Por sua vez os clientes da rede encaminhados ao HUOL são, principalmente adultos, oriundos da capital e do interior do estado.

Em sua relação com a docência, o HUOL abriga os departamentos de Medicina Clínica e Cirurgia do curso de Medicina e é campo de estágio para os cursos da área da saúde ofertados para a UFRN, mantendo estreita relação com a área acadêmica. Abriga também Residência Médica e a Residência Multiprofissional em Saúde[14].

Em 2010 o HUOL incorporou, como uma de suas unidades, o Hospital de Pediatria Dr. Heriberto Bezerra (HOSPED) para que fosse possível credenciar junto ao SUS uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Atualmente, com a incorporação, já estão sendo realizadas pelo HUOL algumas atividades assistenciais em pediatria como exames laboratoriais, exames de imagem, consultas especializadas de algumas clínicas para complementação de diagnóstico ou tratamento e o preparo das refeições dos pacientes pediátricos internos. As demais atividades, como internações e consultas, continuam sendo realizadas no HOSPED. Portanto, esta incorporação é, até o momento, principalmente documental, posto que o HOSPED ainda subsista como unidade física independente do HUOL, com sua história e características próprias.

Outro hospital campo de pesquisa para este estudo é o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Localiza-se no interior do estado, mais precisamente na microrregião da Borborema Potiguar, cuja população é caracteristicamente de baixa renda.

O HUAB surgiu como Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Santa Cruz. Inaugurado em 4 de fevereiro de 1952, foi construído com recursos do governo estadual e municipal, tendo como primeiro presidente da associação mantenedora, o Sr. João Bianor Bezerra, e o primeiro Diretor Geral, o Dr. Demócrito Ramos da Rocha (Clínico Geral e Obstetra).

[14] Na Residência Médica são oferecidas vagas em anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, endocrinologia, gastroenterologia, medicina de família e comunidade, neurocirurgia, neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, patologia, psiquiatria, radiologia e urologia. Na Residência Multiprofissional em Saúde são oferecidas vagas em Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Farmácia.

Em 1966, com a criação do Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC), o hospital vinculou-se à UFRN, passando a ser campo de estágio dos cursos da área da saúde. Nos dias atuais o hospital presta serviço exclusivamente ao SUS e atende a clientela de Santa Cruz e região do Trairí, atuando na atenção à saúde da mulher e da criança. Na atenção à saúde da mulher é parte integrante da rede assistencial do município como unidade de atenção terciária, realizando pré-natal de alto risco, cirurgias obstétricas e ações de planejamento familiar como a cirurgia de laqueadura tubária e colocação de dispositivos intrauterinos, urgência obstétrica e ginecológica. O hospital garante uma assistência integral à gestante e puérpera, através de ações como o Mãe Cidadã, um projeto de extensão universitária em que mulheres com gravidez de alto risco são preparadas para o parto e a maternidade. O projeto Mãe Cidadã contempla ações educativas que abordam os aspectos fisiológicos, psicológicos, nutricionais, sociais, entre outros, relacionados com o período gravídico e puerperal com atenção especial à preparação para a amamentação e para o diagnóstico precoce de condições que possam levar a intercorrências. Desse projeto participam os profissionais de saúde do hospital e os residentes vinculados à Residência Multiprofissional em Saúde[15] e da Residência Médica[16]. Outro projeto mantido pelo hospital é o Nascer na Adolescência, que trata de assistir a adolescente grávida para minimizar riscos gestacionais de ordem física ou psíquica.

Como o HUAB não dispõe de UTI, as emergências de parto e as complicações à saúde da gestante e da puérpera que não podem ser resolvidas no hospital são encaminhadas para a MEJC em Natal, ou na falta de vaga neste hospital, para o Hospital Estadual Dr. Pedro Bezerra[17].

Na assistência em pediatria o HUAB atende à demanda referenciada pelo Hospital Regional Aluísio Bezerra, localizado em Santa Cruz. Nesse hospital a criança é atendida em caráter de urgência e quando o caso demanda internação hospitalar, há o encaminhamento para o HUAB, onde a criança é avaliada e internada. Se necessitar de atendimento em UTI é encaminhada para Natal, sendo em geral referenciada para o Hospital Infantil Varela Santiago, em Natal, pois a UTI pediátrica do HUOL ainda não se encontra em funcionamento.

O atendimento ambulatorial no HUAB não possui demanda aberta. É destinado ao cuidado secundário e terciário, ficando a rede básica do município com a atenção primária.

[15] A Residência Multiprofissional em Saúde no HUAB tem foco na assistência materno-infantil. a ela estão vinculadas as seguintes profissões: Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia, Nutrição e Fisioterapia.
[16] A Residência Médica oferece vagas em medicina da Família e Comunidade e Pediatria.
[17] Hospital Estadual de Urgência, conhecido como Hospital Santa Catarina, localizado em bairro com este nome na zona norte da cidade de Natal.

No entanto, a criança que nasce no HUAB e que se encontra em alguma condição de risco, seja físico e/ou psicossocial, é assistida também a nível ambulatorial, podendo procurar diretamente a unidade, sendo assistida pelo Ambulatório da Linha de Cuidado em Pediatria.

A rede básica e o Hospital Regional são campos de prática para as residências ofertadas pelo HUAB, o que permite o estreitamento dos laços profissionais pelo conhecimento e auxilio mútuo; o HUAB promove a capacitação profissional dos atores sociais da rede básica, na medida em que os convida a participar das aulas e outras atividades formativas das residências como palestras, discussões de casos e construções de protocolos assistenciais.

É importante considerar que os hospitais da UFRN tem sua importância reconhecida socialmente de várias maneiras, como por exemplo, quando a mídia faz menção aos hospitais divulgando suas realizações, quando divulgam suas dificuldades e o impacto social resultante disto, como no movimento grevista em curso. Uma manifestação bem peculiar é a que ocorre em Santa Cruz onde o comércio local oferece descontos aos funcionários do HUAB em restaurantes e pousadas. Muito mais que uma estratégia de marketing há um reconhecimento do valor social do hospital e dos seus trabalhadores visto que existem outros prestadores de serviço que não obtém o desconto.

Essa relação do trabalhador com o contexto histórico do seu local de trabalho tem impacto nas condições de trabalho e na sua saúde psíquica, pois se refletem em seu estado motivacional, nas relações que estabelece com seu ambiente e também na sua autoestima. A compreensão do contexto histórico contribui para o entendimento de como os hospitais se organizam como instituições, o que será discutido a seguir.

7.2 Classificação dos hospitais

Os hospitais da UFRN campos desta pesquisa atendem ao que o Ministério da Saúde (MS) preceitua sendo ao mesmo tempo centros de assistência e de capacitação profissional em saúde, constituindo a rede de serviços de saúde, sendo o HUAB parte da rede assistencial da microrregião do Trairí, no estado do Rio Grande do Norte e o HUOL, da rede estadual de saúde, pois alguns de seus procedimentos são de referência para o estado, por exemplo, o transplante renal.

O HUAB e o HUOL também são classificados como hospital de ensino, de acordo com o que preconiza a Portaria Interministerial Nº 1006/MEC/MS de 27 de maio de 2004.

Ambos os hospitais passaram por certificação do MS para serem reconhecidos como tal e recebem adicional financeiro do SUS para a manutenção da função de ensino.

Considerando a classificação proposta pela OPAS (2004), o HUAB é um hospital de média complexidade pertencente a uma rede. Na prática, isto não se consolida posto que atualmente o hospital não dispõe de estrutura para atender aos casos mais graves e complexos em saúde materno infantil, seu público de referência. Esses são encaminhados para a Maternidade Escola Januário Cicco em Natal, também pertencente à UFRN. O HUOL atende aos critérios tanto desta classificação como os relativos a hospital de referência.

De acordo com esta categorização da OPAS (2004), os hospitais em estudo – HUOL e HUAB – também atendem aos requisitos para serem aos mesmo tempo secundários e terciários, embora devessem, pelos critérios do SUS, prestar apenas assistência terciária. Quanto ao porte, o HUOL se caracteriza como de grande porte e o HUAB como de médio porte. Quanto à especialidade, O HUOL é hospital geral e o HUAB é especializado na assistência materno infantil. Embora seja classificado como hospital geral, por seu porte e capacitação de seus recursos humanos, o HUOL também apresenta especialidades, algumas com alta complexidade assistencial.

7.3. Análise institucional dos hospitais

O referencial adotado para a análise organizacional dos hospitais em estudo constituiu-se das dimensões propostas por Srour (2005). Como a pesquisadora trabalhou no HUOL no período que antecedeu ao doutorado tanto em cargos técnicos como de gestão, trouxe também seu olhar sobre o contexto para ser somado às visões descritas na pesquisa atual.

Do ponto de vista das relações socioeconômicas (que incluem funções e serviços produzidos, já discutidos no histórico, relação com o ambiente e fontes de recurso, entre outros) os hospitais da UFRN são locais de trabalho improdutivo ou aquele que não gera mais valia, mas que dá suporte a esta condição (Marx, 1987). De acordo com Marx, os serviços médicos, sanitários e educacionais são improdutivos, o que em essência representaria pouco valor para o sistema capitalista. Mas o mesmo autor também reconhece que não há existência material sem o trabalho improdutivo. No caso do trabalho em saúde, apesar de improdutivo é valorizado socialmente. Um reflexo disto é a eterna luta das instituições por mais recursos, e dos profissionais por uma remuneração mais justa. No caso dos hospitais universitários em estudo esta luta por recursos se dá de várias formas: através de pleitos aos ministérios da Educação e da Saúde; na forma de projetos; em discussões nas comissões bipartite e tripartite (que regulam a distribuição dos recursos do SUS para estado e município); pela solicitação de

apoio para os projetos na bancada federal da Câmara dos Deputados, entre outros. É importante ressaltar que apesar do apoio político, em nenhum momento esta informação é repassada aos funcionários ou utilizada como elemento de marketing interno ou externo.

As lutas pela remuneração e pelas condições de trabalho são conduzidas pelo Sindicato Estadual dos Trabalhadores em Educação do Ensino Superior do RN (SINTEST), que representa os trabalhadores das instituições federais de ensino do Rio Grande do Norte e que, atualmente tem como presidente uma técnica de enfermagem.

A manutenção dos hospitais universitários da UFRN é proveniente tanto do Ministério da Educação (MEC) como do Ministério da Saúde (MS). No que concerne ao MEC, este responde pela folha de pagamento dos trabalhadores que são vinculados à UFRN e bolsas de estágio. O MS remunera os procedimentos contratualizados com o SUS. Há ainda a necessidade de investimentos em estrutura, tecnologia e mão de obra especializada. Com esta finalidade os hospitais em estudo aderiram ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), criado em 2010, que no ano de 2012 investirá 270 milhões de reais nos hospitais universitários do país.[18] No entanto, a liberação dos recursos implica cumprimento de metas. Uma delas é a taxa de ocupação dos leitos. Em reunião realizada com a presença dos diretores dos hospitais do país em Brasília, em julho de 2012[19], houve o comunicado oficial de que a taxa de ocupação média mensal do HUAB para o MEC é de 35%, e a do HUOL, superior a 75%, valor mínimo esperado. Isto compromete o repasse dos recursos para o HUAB e a viabilidade econômica do próprio hospital. O dado reforça uma percepção mencionada por entrevistados de que dos hospitais da UFRN[20], o de melhor situação socioeconômica é o HUOL embora exista a queixa constante dos seus gestores de que o hospital mantém outras unidades em razão dos serviços disponibilizados aos outros hospitais da UFRN pelo Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), e Laboratório de Análises Clínicas (LAC), que pertenciam ao CHS e não ao HUOL e com a extinção do CHS passaram a pertencer definitivamente ao HUOL. É importante considerar que nesse contexto o HUAB vive um momento de dificuldade pois, para aumentar a arrecadação precisaria elevar a taxa de ocupação, o que seria possível com a ampliação da oferta de serviços à população. Mas não há pessoal disponível, nem previsão de contratação pelo governo federal de imediato. A distribuição atual de leitos também contribui para a baixa taxa de ocupação em virtude da

[18] Ver notícia disponível em: http://institutopedrocavalcanti.wordpress.com/2012/07/13/hospitais-universitarios-ganham-investimento/
[19] Informada pela Direção do HUAB em reunião administrativa com os gerentes em 16/07/2012.
[20] Originalmente eram quatro: HUAB, HUOL, MEJC, HOSPED, sendo este último incorporado ao HUOL, como foi dito anteriormente. Destes, apenas dois, HUOL e HUAB, foram campos de pesquisa para esta tese.

pactuação dos leitos da Pediatria com o município, sendo esses os que têm maior ociosidade. Assim, qualquer reordenamento interno depende de decisões tomadas no âmbito da rede assistencial que inclui estado e município e suas representações colegiadas. Logo, vemos que a questão da sobrevivência financeira dos hospitais universitários depende de questões contextuais e políticas que estão além dos muros das instituições.

A descrição do contexto histórico dos hospitais realizada anteriormente permite compreender a importância dos hospitais em estudo para a sociedade norte-riograndense e como se tornaram referência em assistência à saúde da população. Essa importância é percebida pelos atores sociais que neles trabalham e se reflete na cultura organizacional sendo manifestada simbolicamente de várias formas como: uso de vestuário com o nome da instituição[21]; adesão a grupos nas redes sociais[22]; comemorações[23].

Outros aspectos culturais também se manifestam: no HUOL, um dos motivos de orgulho do hospital, segundo seus gestores, é o fato do hospital ser um dos únicos hospitais universitários do país a se manter sem dívidas. Seu diretor atual, no cargo há 15 anos, foi presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e o HUOL goza de prestígio entre os hospitais universitários do país. Mas os funcionários não compartilham desta percepção positiva. Percebe-se claramente uma lacuna entre o que pensa a gestão sobre o hospital e o que pensam seus trabalhadores que consideram o hospital pobre e sem recursos, referindo-se constantemente às condições precárias de trabalho mesmo quando se vê a presença de tecnologia de ponta (como UTI e centro cirúrgico). Para a população assistida, contudo, o hospital é uma referência de segurança de um atendimento qualificado.

O HUAB diferencia-se também por sua gestão, o que marca fortemente sua cultura organizacional. Sabe-se que geralmente os hospitais têm como Diretor Geral um médico. Isto reflete a importância atribuída à categoria médica e sua preponderância sobre as outras profissões de saúde. Porém, no HUAB, a diretora geral é uma enfermeira, sendo que, entre os hospitais universitários, esse é o segundo caso no Brasil. No HUAB, a transição foi muito bem articulada e preparada pelo diretor médico que a antecedeu e que foi posteriormente coordenador do CHS. Esse profissional foi responsável em grande parte pela mudança cultural no HUAB, incrementando a participação dos funcionários na tomada de decisão e a meritocracia, ajudando a construir um ambiente de igualitarismo entre as profissões e entre os trabalhadores.

---

[21] O uso de bata não é obrigatório mas os profissionais as utilizam com o brasão da UFRN e o nome do Hospital.
[22] Existem grupos nas redes sociais como o Médico de Plantão, do HUOL.
[23] Na comemoração dos 90 anos do HUOL o slogam foi ‘HUOL: 90 anos de história e saúde.’

No HUAB, a gestão se caracteriza pela preocupação com a inovação, com a participação na tomada de decisão e com o envolvimento dos funcionários. Em virtude disto o HUAB tem sido nos últimos anos um cliente frequente da Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas, órgão da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas responsável por promover cursos e eventos e em atender demandas locais de unidades da UFRN. Neste sentido as solicitações do HUAB tem objetivado promover a qualificação de seus servidores o que vem possibilitando maior e melhor participação destes na gestão. O esforço tem se traduzido numa melhoria significativa dos serviços ofertados à população, segundo relatamos entrevistados e pode ser interpretado como contributivo para a relação do HUAB com o ambiente.

É declarado por seus gestores e percebe-se na conduta e na fala de seus funcionários que o HUAB preza pelo contato com sua clientela e prima pelas boas relações com a mesma. Dos hospitais da UFRN foi o primeiro a implantar um Projeto de Gestão Humanizada em 1999, objetivando aprimorar a relação entre profissionais de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. A ação supramencionada resultou em mudanças na estrutura do hospital e na sua oferta de serviços. Como exemplo, se pode mencionar o sucesso do parto humanizado, em que as parturientes escolhem alguém de suas relações de afeto para acompanhar o parto. Este acompanhante recebe instruções e suporte dos funcionários do hospital. Como resultado, o parto transcorre com maior serenidade. Também se deve mencionar as condições da assistência pediátrica, em enfermarias climatizadas, com leitos para os acompanhantes, brinquedoteca, banheiros exclusivos para crianças e outro para seus acompanhantes e local para higienização adequada de seus objetos e roupas visto que o hospital atende uma população de baixa renda, que as vezes provém de municípios vizinhos e não tem onde ficar.

As instalações, conjuntamente com a assistência hospitalar prestada resultaram no prêmio Hospital Amigo da Criança concedido pela UNICEF[24]. As duas ações, que a princípio parecem ter seus efeitos apenas na assistência, resultam também em melhorias nas condições de trabalho no HUAB uma vez que quanto menor for desgaste emocional do paciente e seus acompanhantes, menor será desgaste do profissional de saúde em contato com ele. Contudo, em saúde sempre existiu a cultura de que o paciente era responsabilidade integral da equipe assistencial e o acompanhante nunca foi plenamente aceito. Logo, no HUAB, aceitar que o acompanhante participe ativamente dos cuidados emocionais do paciente resultou numa mudança da cultura organizacional que só foi possível devido ao envolvimento do corpo

[24] A placa referente ao prêmio encontra-se afixada em um corredor do HUAB, próximo ao relógio de ponto, de forma que os funcionários a visualizam com frequência.

funcional, resultante do estilo de gestão adotado. Outro reflexo da mudança cultural é a integração entre as profissões. A observação participante realizada e as entrevistas informais permitem concluir que a existência da Residência Multiprofissional em Saúde contribuiu para que isto ocorra.

A luta entre a vida e a morte, o eterno conflito existencial, está presente numa instituição hospitalar tanto em suas características explícitas como implícitas. É objetivo organizacional lutar contra a morte e esta é uma realidade em um hospital. As forças de deterioração presentes em qualquer tipo de organização também se encontram no ambiente hospitalar e com notada virulência. Contudo, diferentemente de outras empresas que muitas vezes sucumbem diante dessas forças, os hospitais se mantêm. O argumento de que doenças sempre existirão não é suficiente para explicar porque instituições muito fragilizadas, quase terminais, sobrevivam. A sociedade não permite que um hospital se entregue a morte organizacional, assim como não aceita que um ser humano pereça sem lutar pela vida. Porém, olhar para o hospital é reconhecer que a finitude é uma realidade. As metáforas Morgan (1996), notadamente a da prisão psíquica de conjuntamente com a metáfora do Fluxo e Transformação (cuja essência é a mudança) auxiliam esta compreensão. Assim, entende-se porque ao mesmo tempo em que a sociedade cobra uma postura onipotente da organização, de seu corpo técnico e do serviço prestado, fecha os olhos para o adoecer institucional num aparente movimento de defesa psíquica. Esta mesma defesa é utilizada pelos funcionários quando ocultam seu adoecimento e se protegem mutuamente, como foi visto durante a observação participante e se ouviu nas entrevistas informais, o que afeta as condições de trabalho e a agrava os problemas de saúde existentes.

Em sua dimensão estrutural o contexto de trabalho no HUOL é marcado por uma setorização de ações. O seu organograma mostra que o hospital possui cinco diretorias (geral, administrativa, médica, de farmácia, de apoio assistencial, de enfermagem). A estrutura se mantém no interior de cada uma delas levando ao entendimento de que estamos diante de uma organização burocrática. Observando-se melhor fica evidente que elas se responsabilizam em separado pelo gerenciamento administrativo-financeiro e da assistência, de forma que um funcionário, lotado em um setor de trabalho assistencial, tem duplo comando. Pode-se exemplificar com a UTI: os recursos são providos através da direção administrativa; há um médico-chefe do setor e uma enfermeira, cada um deles submetido a sua diretoria específica e responsável pela sua própria categoria funcional. A farmácia, por sua vez, fornece os medicamentos e suprimentos, mas não se subordina à UTI. Logo, na prática, não existe uma

única chefia que possa responder pelo serviço como um todo, o que implica em condições, relações e organização diferenciadas num mesmo setor de trabalho. Desta forma, a estrutura que melhor define o HUOL é a matricial, sendo esse hospital o que apresenta maior grau de diferenciação e departamentalização em sua estrutura organizacional. Loiola, Bastos, Queiroz e Silva (2004) caracterizam a estrutura matricial como sendo aquela em que as pessoas, apesar de possuírem uma vinculação maior com um determinado departamento funcional, vinculam-se também por projetos e por produtos, caracterizando maior integração. Quando os mesmos autores referem-se às maneiras possíveis de compreensão dos ambientes organizacionais descrevem-nos com relativo grau de incerteza ambiental, resultante da combinação de complexidade e dinamismo e expostos a ameaças do meio externo da organização.

O HUOL é um cenário de desigualdades, não apenas entre os atores sociais como na sua estrutura física e funcional. Tecnicamente vem se modernizando e incorporando tecnologias de ponta, especialmente nos últimos doze anos. Porém não há mudança significativa no quadro resultante da desarticulação de ações. Um exemplo disto é a distribuição de leitos. Até a década de 1980, os médicos recebiam dotações de leitos nas enfermarias. O prestígio de um profissional ou de uma área médica era percebido como maior de acordo com o número de leitos que recebia, podendo alguns deles ter enfermarias sob seus cuidados. Nelas e nos leitos, não havia internação se não fosse autorizada diretamente pelo médico responsável. Não havia uma política igualitária de ocupação e distribuição de poder, autoridade e responsabilidade, baseadas na finalidade assistencial da instituição. Era comum haver filas de espera para determinadas enfermarias ou clínicas, na linguagem usual do hospital, e sobra de vagas em outras. Isto passou a ser uma característica cultural no HUOL, combatida com mudança nas normas internas da instituição a partir da década de 1980. Contudo, até hoje perdura o poder estabelecido (mudando apenas de *locus*). Na ordem social vigente, setores ‘fechados’ como Unidade de Terapia Intensiva, Transplante Renal, Centro Cirúrgico, têm maior importância institucional, recebendo recursos diferenciados e seus profissionais tem mais status na instituição.

Note-se que não se pretende defender que um leito de UTI seja igual a um de enfermaria geral. Evidencia-se que dentro da especificidade de cada setor, em lugar de se trabalhar com o melhor recurso possível, compatível com a necessidade de cada unidade, articulando as necessidades dentro de um projeto institucional mais amplo, há uma priorização de uns setores em detrimento de outros. Isto denota uma dificuldade de compreensão das questões políticas e sua repercussão na função assistencial, gerando em

alguns profissionais um sentimento de menor reconhecimento que tem impacto no processo de trabalho.

O HUAB possui um organograma semelhante ao do HUOL e diferenciação e departamentalização em sua estrutura organizacional em que setores representam os diversos serviços de um hospital. Tal como no HUOL, o organograma aponta para uma organizão burocrática e a realidade para uma estrutura matricial ainda mais forte que no HUOL em virtude da assistência estar fortemente organizada em projetos.[25] No HUAB muitos dos setores que são Divisão no organograma têm às vezes apenas um ou dois funcionários. Isto ocorre pelo porte do hospital e por uma característica cultural e política que é a cooperação em lugar da competição entre os setores e uma preocupação com o envolvimento de todos e com a ajuda mútua.

Loiola et al. (2004) descrevem as possibilidades de análise das estruturas organizacionais existentes na literatura e caracterizam a estrutura matricial como sendo aquela em que as pessoas, apesar de possuírem uma vinculação maior com um determinado departamento funcional, vinculam-se também por projetos e por produtos, caracterizando maior integração. Quando os mesmos autores referem-se às maneiras possíveis de compreensão dos ambientes organizacionais, mais uma vez recorrendo à literatura da área, descrevem ambientes com relativo grau de incerteza ambiental, resultante da combinação de complexidade e dinamismo e expostos a ameaças do meio externo da organização. Vê-se que as duas descrições permitem a compreensão adequada das universidades e dos hospitais universitários e ajuda a compreender sua inserção no sistema de saúde o que será visto a seguir.

7.4 A Inserção dos hospitais em estudo no SUS

Com a criação do SUS, no âmbito das organizações de saúde da UFRN, fez-se necessário aperfeiçoar os recursos e adequar os serviços para que os princípios do sistema fossem atendidos, ao mesmo tempo em que o ensino, a pesquisa e a extensão fossem preservados. Diante deste quadro, a UFRN promoveu em 1999, na gestão do Prof. Ivonildo Rêgo como Reitor, o seminário denominado Projeto de Reorganização dos Serviços de Saúde da UFRN, que discutiu essas questões. Como resultado do seminário surgiu a proposta de criação do Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN (CHS-UFRN) que recebeu

[25] Como o Ambulatório de Alto Risco, o Mãe Cidadã, o Ambulatório da Linha de Cuidados, O Empoderamento na Pediatria, entre outros.

esta denominação em razão do pleito dos hospitais que reivindicaram que a nomenclatura os contemplasse de forma especial, uma vez que representavam a maior porção do complexo. Outra justificativa foi o fato de que algumas das unidades (CDI, LAC e UFSC) eram, de fato, inseridas na estrutura dos hospitais e por questões organizacionais tinham seus custos de manutenção e outros processos administrativos e organizacionais ligados a eles.

O CHS foi instituído através da Resolução Nº 004/2000-CONSUNI, de 28 de abril de 2000, integrando as atividades de variadas e pré-existentes instituições de saúde da UFRN. Entre essas estão: o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL); Hospital de Pediatria (HOSPED); Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC); Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB); Unidade de Saúde Familiar e Comunitária (USFC); Unidade de Imagem, que posteriormente passou a ser denominada Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), o Laboratório de Análises Clínicas (LAC), o Departamento de Assistência ao Servidor (DAS), pertencente a Pró-Reitoria de Recursos Humanos e o Serviço de Fisioterapia do HUOL.

De acordo com seu documento de criação, constituíram-se como objetivos do Complexo:

- ✓ Economizar recursos financeiros em função tanto da falta de investimento na área social, quanto da nova lógica no trato das questões relacionadas às despesas e receitas /recursos e custos.
- ✓ A qualificação dos Recursos Humanos.
- ✓ A otimização dos equipamentos e recursos existentes.
- ✓ Maior integralidade na atenção à saúde.
- ✓ Coordenação das atividades, evitando-se fragmentação e isolamento do SUS.

Culturalmente, a articulação entre o ensino e a assistência foi enfraquecida, pois a hegemonia da gestão docente precisou ao longo do tempo ser substituída e subordinada à gestão hospitalar. Na prática, a assistência deixou de ser território comandado pelos professores, que de mandatários dos serviços passaram a serem clientes e colaboradores. Estabeleceu-se assim uma nova dinâmica funcional e organizacional nos hospitais do complexo, o que implicou mudanças na organização e prestação dos serviços, repercutindo nas condições de trabalho dos seus funcionários. Em outras palavras, ao passarem a fazer parte do SUS os hospitais precisaram adotar novos critérios de gestão focalizados em metas de produtividade e arrecadação pouco compatíveis com os parâmetros do exercício da docência em saúde, que até então funcionava com professores gerenciando enfermarias e leitos, com

rotinas que se estabeleciam para atender aos requisitos das disciplinas que ministravam e não por critérios como teto financeiro pago por procedimento, dias pré-estabelecidos por procedimento realizado, necessidade de rotatividade de leitos, determinação das internações por critérios pactuados para atender as demandas do sistema e não apenas da docência.

A criação do CHS representou também uma tentativa de integrar unidades com culturas organizacionais diversificadas, em virtude de seus históricos e do tipo de assistência que tradicionalmente prestavam. Porém, a integração nunca se efetivou da forma esperada dada a complexidade do HUOL em relação aos outros hospitais e às especificidades de cada uma das unidades hospitalares, sendo o CHS extinto como unidade administrativa em janeiro de 2012 e substituído pela Assessoria para a Gestão dos Hospitais Universitários, órgão assessor da Reitoria.

A vinculação dos hospitais universitários ao SUS demandou novas questões. A primeira diz respeito à necessidade de atendimento aos princípios estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 que no capítulo VIII *da Ordem social*, na secção II referente à Saúde, no artigo 196, define:

> A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
>
> Em seu artigo 198, a Constituição também determina que:
>
> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
>
> II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III. Participação da comunidade
>
> Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Atendendo a essas diretrizes e considerando que a rede de saúde citada faz parte do SUS, os hospitais universitários em estudo ficaram a ele subordinados, cabendo-lhes o papel de unidades de assistência terciária que significa prestar serviços de média e alta complexidade, sendo hospitais de referência na rede. Assim, ações de caráter preventivo deveriam deixar de ser executadas, pois são atribuições da rede básica constituída por

unidades municipais de saúde. Com isto a Unidade de Saúde Familiar e Comunitária que era anexa ao HUOL foi transferida para a gestão do município de Natal, embora ainda permanecendo fisicamente na UFRN, com quem mantém parceria.

Outra questão importante com relação à inserção dos hospitais no SUS diz respeito à vinculação dos hospitais da UFRN a dois ministérios diferentes e com demandas específicas, pois com a incorporação ao SUS os hospitais permaneceram pertencendo ao Ministério da Educação, de onde se originam todas as ações relativas à gestão de seus recursos humanos, mas presta contas ao Ministério da Saúde, de onde provêm seus recursos financeiros (através do pagamento de procedimentos). Esta dupla vinculação repercute, evidentemente, tanto na estrutura quanto no ambiente organizacional de cada um deles, como foi explicitado anteriormente na análise organizacional dos hospitais. Outro ponto importante a considerar é que a inserção dos hospitais no SUS e ao mesmo tempo numa dada região socioeconômica pode criar situações de difícil enfrentamento. É o caso do HUAB, que necessita aumentar o nível de complexidade para fazer frente às exigências ministeriais e obter mais financiamento, mas, no entanto, a demanda da população atendida, pelo nível de pobreza e despreparo da rede de saúde na região, necessita de cuidados de baixa complexidade, ocorrendo várias internações recorrentes de crianças com diarreias e pneumonias – que o Ministério da Saúde preconiza tratar em casa, com o suporte da Estratégia de Saúde da Família – e de parturientes vindas de cidades vizinhas para um parto normal porque faltou o médico na hora do parto.

Os hospitais da UFRN também prestam assistência à saúde dos servidores, pois algumas ações da Diretoria de Atenção à Saúde do Servidor (DASS)[26] vinculada à PROGESP necessitam deste suporte. Esta diretoria presta assistência exclusivamente aos funcionários da UFRN. Não pertence ao SUS e seu atendimento não é aberto à população, mas utiliza-se do SUS priorizando a assistência ao servidor, pois é obrigação institucional da UFRN cuidar dos seus trabalhadores. Desta maneira, quando isto ocorre, os hospitais fogem aos princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que a DASS mudou ao longo dos anos, o seu papel de unidade básica de saúde para um serviço de assistência mais complexo, voltado para a saúde ocupacional, atualmente devendo assistir à saúde psíquica do servidor, como será discutido a seguir.

7.5 A assistência à saúde psíquica aos profissionais de saúde

[26] Anteriormente denominado Departamento de Assistência ao Servidor, passou a ter a denominação de Diretoria de Assistência à Saúde do Servidor (DASS) Conforme Regimento Interno aprovado pela Resolução n° 014/2011-CONSUNI, de 11 de novembro de 2011.

A história da assistência à saúde dos profissionais de saúde dos hospitais da UFRN se imbrica com a assistência à saúde do servidor público federal e antecede a existência de sua Pró-Reitoria de Recursos Humanos, que é o órgão atualmente responsável por prestar esse serviço. Esta história também tem relação direta com o SUS.

Até o advento da criação do Sistema Único de Saúde e a pactuação dos hospitais universitários com o SUS, impedindo outras formas de acesso que não a marcação de consultas dentro da agenda daquele sistema, os funcionários da UFRN eram atendidos através de demanda direta nos hospitais universitários, onde havia guichês específicos e um número de fichas pré-determinadas para eles. Enquanto esses hospitais detiveram leitos particulares, era possível também receber uma forma diferenciada de assistência médico-hospitalar sem ônus. Também funcionava em um dos hospitais universitários a Junta Médica da UFRN.

Com a criação da Pró-Reitoria de Recursos Humanos pela Resolução 009/95 – CONSUNI, surge o Departamento de Assistência ao Servidor – DAS, atualmente denominado DASS, cuja finalidade é o desenvolvimento de ações e programas que visem à promoção da saúde do servidor. Este departamento passou inicialmente a prestar assistência médica e social, abrigando posteriormente a junta médica. Atualmente está estruturado em duas divisões: a Divisão de Assistência à Saúde que presta assistência médica, psicológica, social e jurídica e abriga programas voltados para a saúde e a qualidade de vida do servidor e a Divisão de Saúde, Segurança e Medicina no Trabalho, que abriga a junta médica (portanto a perícia médica) e o Serviço de Higiene, Medicina e Segurança no Trabalho (SESMT), que realiza perícia ambiental e avalia a saúde ocupacional. Em 2006, o então DAS, passou ser polo do Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP) no Rio Grande do Norte, instituído pelo Governo Federal através do Decreto nº 5961 de 13 de novembro de 2006. Com a criação do SIASS, vinculou-se ao novo subsistema.

Pelo exposto anteriormente, vê-se que a UFRN busca atualizar-se no que diz respeito à política de saúde do trabalhador. É fato também que possui a responsabilidade legal de minimizar os riscos inerentes à saúde de seus trabalhadores. Sabe-se também que judicialmente está implicada quando há um agravo decorrente do trabalho, pois, por meio da Diretoria de Assistência à Saúde do Servidor, a instituição cuida desses agravos e, ao mesmo tempo, os pericia quando o trabalhador adoece. Desta forma o diagnóstico e tratamento, aumentam a responsabilidade pelas suas consequências, quando os riscos ocupacionais decorrentes do trabalho e de qualquer natureza não são levados em consideração.

Tratando-se dos riscos ocupacionais, os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e de acidentes são mais perceptíveis que os psicossociais dada a sua

natureza. Porém, os riscos psicossociais podem estar associados aos demais riscos na medida em que o trabalhador com a saúde agravada por eles pode ter o seu julgamento afetado, expondo-se a outras formas de riscos. Eis porque vemos estudos epidemiológicos de patologias associadas à saúde psíquica no trabalho. Estes ajudam no estabelecimento do nexo epidemiológico para a determinação do nexo causal por peritos, protegendo o trabalhador de ser responsabilizado como o desencadeante de sua própria patologia, se ela existe em decorrência das suas condições de trabalho. Mas ainda é necessário refinar a forma como a avaliação da saúde psíquica no trabalho consiga abranger de forma sistematizada e aplicável, o contexto de trabalho em sua relação com a saúde psíquica do trabalhador.

As intervenções para avaliação da saúde do trabalhador na UFRN, realizadas pela DASS, retratam isto, pois se constituem em sua maioria de consultas individuais psicológicas e médicas, ocorrendo quando o trabalhador procura ajuda, quando há solicitação de uma licença médica, ou quando uma crise no local de trabalho gera um conflito. Estas podem ou não ser acompanhadas de visita domiciliar ou ao local de trabalho (ficando a cargo do profissional assistente do paciente demandar tal necessidade). Não há um protocolo que estabeleça uma rotina para essas avaliações que não são contempladas por programas, como o Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional – PCMSO – e Programa de Proteção aos Riscos Ambientais – PPRA, de realização obrigatória por força de lei[27].

Cabe, portanto a PROGESP observar o que o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), classifica oficialmente como risco para a saúde e segurança dos trabalhadores: os fatores físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes. Precisa também atentar ao que aponta Ramminger (2002) quando mostra que as doenças ocupacionais são facilmente reconhecidas como efeito dos riscos ambientais aos quais os trabalhadores estão expostos, sendo menos reconhecida a relação entre transtornos psíquicos e trabalho e os chamados riscos psicossociais que, para a autora, incluem os fenômenos de ordem neurofisiológica, cognitiva, psicológica, social e organizacional. Esses fenômenos são manifestados no contexto de trabalho, que por sua vez ocorre numa organização (no contexto em estudo, em organizações hospitalares) que segue um modelo de gestão, que tem implicações na forma como os fenômenos são tratados.

[27] Estes programas existem e em virtude deles são realizados os exames periódicos anuais obrigatórios e a avaliação dos ambientes de trabalho, cumprindo o previsto nas Normas Regulamentadoras 07 e 09, mas nenhum dos dois contempla avaliação da saúde psíquica ou avaliação dos riscos psicossociais no local de trabalho.

Por ser uma instituição federal de ensino superior, a atenção à saúde na UFRN obedece ao modelo adotado no serviço público federal, que por sua vez está atrelado ao modelo de gestão de recursos humanos adotado.

Nos hospitais universitários em estudo, os casos que demandam assistência à saúde psíquica se tornam de conhecimento da gestão de recursos humanos da unidade quando o funcionário passa a ter problemas com relação ao desempenho no trabalho. Em tais casos, em geral o funcionário é chamado e entrevistado, seu problema é levantado e ele é aconselhado a buscar assistência no DASS ou através de seu plano de saúde. As questões administrativas são gerenciadas no sentido de evitar perdas salariais e as chefias são esclarecidas das deliberações do órgão gestor de pessoas ao qual o funcionário está ligado diretamente. O funcionário é orientado a procurar a junta médica se seu caso demandar afastamento do trabalho. Em casos em que o funcionário não procura espontaneamente a DASS e permanece trabalhando com sintomas psíquicos, a observação participante revelou que os gestores de pessoas das unidades solicitam avaliação da saúde ocupacional com avaliação da saúde psíquica. De acordo com os gestores entrevistados tanto no HUOL como no HUAB não há retorno satisfatório dessas solicitações[28].

Se o trabalhador for ao seu médico particular ou procurar assistência na DASS e necessitar afastamento do trabalho, é agendado um horário com a junta médica para homologação do atestado médico. Naqueles casos em que o servidor com alteração na saúde psíquica procura a DASS para a consulta inicial, é acolhido por uma assistente social e seu caso é encaminhado aos outros profissionais (psiquiatra ou psicólogo). Há naquele departamento uma tentativa de atendimento multidisciplinar, mas a observação participante mostrou que este é fragmentado e individualizado, não permitindo estabelecer adequadamente as relações entre o trabalho e o adoecimento psíquico. Desta forma, o adoecimento é sempre uma questão particular do servidor.

A pesquisa de contexto também demonstrou que existe uma separação entre o que pensam os técnicos da DASS e o que prega o SIASS, pois a orientação interna é de suspensão paulatina dos atendimentos individualizados por ações preventivas e de caráter grupal. Isto fere um dos pilares do SIASS que é a assistência (que abrange como já foi mencionado,

[28] Durante a observação participante a pesquisadora presenciou ao longo do tempo, no HUAB, uma situação em que isto se confirmou e só foi sanada quando a funcionária que necessitava de avaliação procurou espontaneamente seu médico particular e iniciou o tratamento para o transtorno psíquico. Enquanto a situação perdurou, os gestores locais fizeram ajustes de tarefas e os colegas foram colaborativos até que a servidora pudesse exercer novamente suas atividades. Além disso, criou-se uma rede de apoio psicossocial na qual colaboraram diversos colegas tanto no contexto de trabalho quanto no ambiente social e residencial da servidora.

prevenção, tratamento e reabilitação). Os técnicos que lidam com a assistência psicossocial acreditam que apesar disto ser um avanço, sobretudo para as ações de saúde psíquica não elimina a necessidade da atenção individualizada, pois o adoecimento continuará acontecendo. Os técnicos que prestam assistência médica continuam desempenhando suas funções assistenciais sem grandes modificações assumindo o papel curativo tradicional. A área do departamento que apresenta maior avanço em termos de discussão do papel assistencial do SIASS é a que gerencia as ações de saúde, segurança e medicina do trabalho. Porém isto não ocorre sem percalços, pois ainda não há clareza do que é a saúde mental neste contexto. A própria opção do uso do termo 'saúde mental' pelo SIASS induz a uma concepção de dualismo corpo-mente que o discurso ideológico do programa não consegue superar.

Como exemplo de atenção multidisciplinar sobre um fenômeno multideterminado está a atenção prestada pelo antigo DAS a um servidor com transtorno mental. Este servidor chegou ao Departamento após ter sido sofrido processo administrativo movido pela sua unidade de lotação. O processo alegava conduta inapropriada e relações interpessoais dificultosas. Ao passar pela PRH[29], por uma contingência causada pelo fato do Pró-Reitor ser psicólogo organizacional, foram percebidos sintomas de adoecimento e o servidor foi encaminhado ao DAS. Ao dar ser periciado, constatou-se o adoecimento. O servidor foi então encaminhado para assistência psiquiátrica, psicológica e social. Sua família recebeu suporte e foram feitas intervenções no seu local de trabalho, tanto com caráter diagnóstico como para posterior reintegração do servidor a suas funções profissionais. A ação aqui descrita foi desenvolvida ao longo de três anos. Posteriormente o servidor foi reintegrado a suas atividades profissionais e continuou tendo acompanhamento periódico da DASS (pois ocorreu no período a mudança da nomenclatura do Departamento para Diretoria). Após o afastamento da psicóloga que acompanhava o servidor, o mesmo ficou sem assistência psicológica. Seu psiquiatra assistente resolveu dar continuidade ao tratamento em consultório próprio, embora sem ônus para o funcionário assistido. Posteriormente, o funcionário foi aposentado por invalidez.

Este servidor não era um trabalhador de saúde. Se fosse, talvez o caso jamais tivesse chegado ao departamento, já que a observação participante revelou uma tendência à autoproteção dos profissionais de saúde, que buscando ajudarem-se mutuamente às vezes encobrem as patologias psíquicas minimizando suas consequências, o que parece ser um

[29] Atual PROGESP.

mecanismo de defesa em que é negado o direito ao adoecimento, só ao cuidar. Também é oportuno mencionar que as ações realizadas no caso anteriormente citado como exemplo não foram institucionalizadas, nem sequer avaliadas, pela equipe do SIASS na instituição embora estejam de acordo com a filosofia assistencial daquele subsistema e, em especial, diga respeito à saúde mental que é uma preocupação dos gestores do SIASS a nível nacional por ser a área menos estruturada e que só recentemente recebeu (pelo menos na legislação) a atenção devida. Este caso também mostra que a saúde psíquica é tratada como caso particular e não como política assistencial.

Em termos de garantia da assistência, o SIASS não dá conta de uma condição peculiar que, como já foi reportado, foi o advento da filiação dos hospitais ao SUS. Isto criou uma nova contingência na assistência dos próprios funcionários destes hospitais: já não é possível a consulta via marcação no sistema do Hospital Onofre Lopes, o único com atendimento psiquiátrico e psicológico a adultos, mas somente via central de marcação de consultas da Secretaria de Estadual de Saúde. E a DASS fica territorialmente distante dos hospitais, em especial do HUAB. Criou-se então uma via alternativa: o atendimento através de favor prestado pelos colegas profissionais de saúde. Este é um atendimento não visto, não registrado, que geralmente não chega na junta médica. É o sofrimento psíquico mascarado com o atestado que leva o C.I.D.[30] compatível com a especialidade de quem fez o favor e não com a patologia real; é o acobertamento dos quadros clínicos que resultariam em afastamento com acordos internos, com trocas de escala, com colegas cobrindo horários. Sobretudo, é o tratamento inadequado das alterações psíquicas que possuem pontos de contato com os processos de trabalho uma vez que não há ação interdisciplinar no sentido do estabelecimento desta relação.

Outra via de atenção à saúde psíquica ocorre pela utilização do plano de saúde do servidor, através de sua ação individual. O plano de saúde, em parte subsidiado pelo governo federal, vai dispor de rede assistencial própria, podendo ter psicólogo, com um número limitado de sessões anuais, e psiquiatra. Vê-se então que quando o servidor utiliza o plano de saúde não é possível à instituição conhecer as demandas em saúde física ou psíquica a menos que isto resulte num atestado médico. Estas avaliações individuais também não permitem conhecer adequadamente a relação entre a saúde psíquica e as condições de trabalho uma vez que o profissional de saúde que recebe o caso tem acesso apenas ao que o servidor lhe reporta e não ao contexto de trabalho em si.

[30] Classificação Internacional das Doenças. Cada patologia recebe uma codificação alfanumérica que é colocada no atestado médico.

7.6 Os participantes da pesquisa em seus contextos de trabalho

Participaram da pesquisa 120 profissionais de saúde, como exposto anteriormente no método, sendo 89 no HUOL e 31 no HUAB. Desses participantes, 96 eram do sexo feminino e 24 do sexo masculino, sendo a concentração de participantes do sexo feminino um pouco superior no HUOL como demonstra a Tabela 7. A predominância do sexo feminino nas duas amostras reflete uma característica das profissões assistenciais que historicamente atraiam esse público.

Tabela 7
Participantes da pesquisa por sexo

		Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
HUOL	Nº de participantes	73	16	89
	%	82,0%	18,0%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	23	8	31
	%	74,2%	25,8%	100,0%
Total	Nº de participantes	96	24	120
	% Total	80,0%	20,0%	100,0%

Outra característica dos participantes é a concentração média de idades (M=45,06 anos com desvio padrão de 10,23) expressa na Tabela 8 que também mostra a distribuição das idades por intervalos.

Tabela 8
Participantes da pesquisa em intervalo de idades

		Intervalo de Idades					
		Até 30 anos	Até 40 anos	Até 50 anos	Até 60 anos	Até 70 anos	Total
HUOL	Nº de participantes	15	15	26	31	2	89
	% HUOL	16,9%	16,9%	29,2%	34,8%	2,2%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	2	8	9	11	1	31
	% HUAB	6,5%	25,8%	29,0%	35,5%	3,2%	100,0%
Total	Nº de participantes	17	23	35	42	3	120
	% Total	14,2%	19,2%	29,2%	35,0%	2,5%	100,0%
M= 45,06	DP= 10,23						

Foi calculado o Qui-quadrado (χ^2=0,31 para p= 0,76), mostrando que não há diferença significativa entre as idades dos participantes e o local onde trabalham. Observando-se a distribuição das idades apresentadas na tabela e relacionando-se a isto os dados da observação participante entende-se que a média e a distribuição das idades nos intervalos reflete uma condição peculiar dos hospitais universitários em estudo, relativa à contratação de profissionais para renovação do quadro funcional. Essa contratação por concurso público teve lacunas de tempo, havendo significativo ingresso de funcionários nos hospitais no início da década de 1990 e posteriormente em 2003. A partir daí os concursos foram mais pontuais. A Tabela 8 evidencia ainda que não há participantes acima de 70 anos por ser esta a idade limite para a aposentadoria compulsória no serviço público federal.

O contexto descrito anteriormente auxilia o entendimento da distribuição dos participantes por tempo de trabalho nos hospitais, descrita na Tabela 9, evidenciando que a média de tempo de trabalho dos participantes no trabalho atual é de 16,64 anos com desvio padrão de 9,94. O cálculo do Qui-quadrado (χ^2=10,96 para p=0,01) mostrou que não existe diferença entre o tempo de trabalho dos participantes da pesquisa em relação com seu local de trabalho.

Observando-se a Tabela 09 percebe-se que 39,2 % da amostra possui entre 15 e 25 anos de trabalho, sendo esta distribuição homogênea nos dois hospitais. Mas também se nota que 35% dos participantes têm até 10 anos de serviço o que corrobora o que foi comentado anteriormente sobre a relação entre a idade dos participantes e seu ingresso na UFRN.

Tabela 9
Participantes da pesquisa por tempo de trabalho nos hospitais da UFRN

		Intervalos em anos							
		Até 05 anos	Até 10 anos	Até 15 anos	Até 20 anos	Até 25 anos	Até 30 anos	Até 35 anos	Total
HUOL	Nº de participantes	16	16	7	23	5	16	6	89
	%	18,0%	18,0%	7,9%	25,8%	5,6%	18,0%	6,7%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	4	6	5	4	3	5	4	31
	%	12,9%	19,4%	16,1%	12,9%	9,7%	16,1%	12,9%	100,0%
Total	Nº de participantes	20	22	12	27	8	21	10	120
	%Total	16,7%	18,3%	10,0%	22,5%	6,7%	17,5%	8,3%	100,0%
M= 16,64 DP= 9,94									

Os participantes da pesquisa pertenciam a diversos cargos de nível superior como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. Nas

categorias de nível médio foram encontrados auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, de nutrição e de laboratório. Após a análise de frequência, foram agrupados em quatro categorias descritas na Tabela 10. Esta decisão foi tomada considerando que algumas categorias profissionais nos hospitais possuem apenas um ou dois profissionais por categoria, o que implicaria em risco de identificação do participante da pesquisa.

Tabela 10
Participantes da pesquisa por tipo de cargo

		Tipo de cargo				
		Médico	Enfermeiro	Outros profissionais de nível superior	Profissionais de nível médio e fundamental	Total
HUOL	Nº de participantes	4	25	19	41	89
	% na amostra local	4,5%	28,1%	21,3%	46,1%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	6	3	4	18	31
	% na amostra local	9,4%	9,7%	12,9%	58,1%	100,0%
Total	Nº de participantes	10	28	23	59	120
	% Total	8,3%	23,3%	19,2%	49,2%	100,0%

O cálculo do Qui-quadrado (χ^2=10,96 para p=0,12) mostra que não há relação estatisticamente significativa entre o local de trabalho e o tipo de cargo. Aproximadamente metade da amostra corresponde aos profissionais de nível médio e fundamental (49,2%) sendo o restante da distribuição concentrada em enfermeiros e outros profissionais de nível superior. Quando se analisa a concentração de profissionais por categorias nos dois hospitais, encontra-se que no HUOL a amostra foi composta por 53,9% de profissionais de nível superior e 46,1% de profissionais de nível médio, enquanto no HUAB esse percentual foi de 41,9% de profissionais de nível superior contra 58,1% de profissionais de nível médio. Esta diferença de concentração de profissionais de nível superior no HUOL pode ser decorrente da complexidade das ações assistenciais naquele hospital. Na observação participante constatou-se que no HUOL há estagiários dos cursos técnicos de enfermagem em estágio não obrigatório remunerado e funcionários vinculados à FUNPEC em atividade no hospital. Estes não fizeram parte da amostra, mas formam uma massa significativa nas funções assistenciais. No HUAB não há estagiários de nível médio em estágio não obrigatório remunerado. No entanto, nas funções assistenciais há vários plantonistas vinculados a uma escala de plantão hospitalar eventual que não fazem parte da lotação do hospital, assim como profissionais de nível superior cedidos por outros órgãos como a Secretaria Estadual de Saúde ou vinculados à FUNPEC. Essa situação têm implicações nas condições de trabalho dos funcionários da

UFRN nos dois hospitais e se refletem também na distribuição da lotação interna em unidades assistenciais apresentada na Tabela 11.

Tabela 11
Participantes da pesquisa por lotação interna e local de trabalho

		Lotação interna		
		Ambulatório	Unidade de internação	Total
HUOL	Nº de participantes	39	49	88
	% na amostra local	44,3%	55,7%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	3	28	31
	% na amostra local	9,7%	90,3%	100,0%
Total	Nº de participantes	42	77	119
	% do Total	35,3%	64,7%	100,0%

O Qui-quadrado foi calculado (χ^2=12,46 para p=0,01) mostrando que não há diferença estatisticamente significante entre a lotação interna e o hospital onde os participantes atuam. No entanto, na observação participante foi constatado que o fato do HUOL possuir uma quantidade maior de ambulatórios e de profissionais jovens de vínculos diversos na assistência favorece aos funcionários com mais idade exercerem suas atividades nos ambulatórios. Deste modo deixam de trabalhar em escalas de plantão e passam a ter turno fixo de segunda a sexta-feira em horário diurno. Eventualmente alguns desses funcionários solicitam dar plantões eventuais na assistência[31] porém como o volume de plantões disponíveis precisa ser partilhado pelos profissionais do hospital, o volume de plantões adicionais mensais é pequeno. No HUAB, as observações participantes, juntamente com as entrevistas informais, mostraram que são raros os profissionais jovens nas unidades de internação. Foi explorada então a distribuição dos participantes por unidade assistencial (internação ou ambulatório) em relação com o tipo de cargo.

[31] Os plantões eventuais foram instituídos pelo Ministério do Planejamento para reduzir a falta de mão de obra qualificada nos hospitais universitários. Foram criados pela Lei 11.907 de fevereiro de 2009 e posteriormente regulamentados através do decreto nº 6.863 de 28 de maio de 2009.

Tabela 12

Participantes da pesquisa por tipo de cargo e unidade assistencial

		Tipo de cargo				
		Médico	Enfermeiro	Outros profissionais de nível superior	Profissionais de nível médio e fundamental	Total
Ambulatório	Nº de participantes	4	10	7	21	2
	% na amostra local	3,4%	8,4%	5,9%	17,6%	35,3%
Unidade de internação	Nº de participantes	6	18	16	37	77
	% na amostra local	5,0%	15,1%	13,4%	31,1%	64,7%
Total	Nº de participantes	10	28	23	58	119
	% do Total	8,4%	23,5%	19,3%	48,7%	100,0%

Relacionando-se o tipo de cargo com a unidade assistencial onde os participantes da pesquisa realizam seu trabalho, o teste Qui-quadrado (χ^2=0,358 para p=0949) mostrou que há diferença estatisticamente significativa. Há uma predominância de pesquisados nas unidades de internação compreendidas como enfermarias, UTI, centro cirúrgico, salas de parto e outras (64,7%) e um menor número de profissionais nos ambulatórios (35,3%). Os dados expostos retratam melhor a realidade do HUAB apreendida na observação participante, em que o atendimento ambulatorial é reduzido dispondo de apenas sete salas para fins diversos. Naquele hospital, geralmente apenas um funcionário técnico ou auxiliar de enfermagem atende a todas as salas por turno de expediente. No HUOL o ambulatório é grande e bastante movimentado, distribuído ao longo de vários andares e subdividido em setores específicos[32]. Esse contexto, juntamente com a existência de profissionais mais jovens, mesmo que não sejam do quadro da UFRN, faz com que no HUOL exista a possibilidade do remanejamento dos profissionais de enfermagem com mais idade para a assistência ambulatorial.

Em seu conjunto os profissionais de saúde distribuem-se de acordo com o nível de instrução com apresenta a Tabela 13. O Qui-quadrado foi calculado (χ^2=19,517 para p=0,01) mostrando que não há diferença estatisticamente significativa na distribuição dos participantes quando seu nível de instrução é relacionado com o local de trabalho.

[32] Esta complexidade, no entanto, dificultou a o acesso que proporcionaria a maior participação dos profissionais na pesquisa.

Tabela 13
Participantes da pesquisa por nível de instrução

		Nível de Instrução					
		Ensino fundamental completo	Ensino médio completo	Ensino superior incompleto	Ensino superior completo	Pós-graduado	Total
HUOL	Nº de participantes	1	10	9	13	56	89
	% na amostra local	1,1%	11,2%	10,1%	14,6%	62,9%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	2	13	0	2	14	31
	% na amostra local	6,5%	41,9%	0,0%	6,5%	45,2%	100,0%
Total	Nº de participantes	3	23	9	15	70	120
	% do Total	2,5%	19,2%	7,5%	12,5%	58,3%	100,0%

Procurou-se então conhecer o percentual de profissionais de nível médio que tinham graduação ou pós-graduação e os de nível superior com pós-graduação. Os resultados estão expressos na tabela 14.

Tabela 14
P*articipantes da pesquisa por nível de instrução e tipo de cargo*

		Nível de instrução					
		Ensino fundamental completo	Ensino médio completo	Ensino superior incompleto	Ensino superior completo	Pós-graduação	Total
Médico	Nº de participantes	0	0	0	0	10	10
	% na amostra	,0%	,0%	,0%	,0%	8,3%	8,3%
Enfermeiro	Nº de participantes	0	0	0	2	26	28
	% na amostra	,0%	,0%	,0%	1,7%	21,7%	23,3%
Outros profissionais de nível superior	Nº de participantes	0	0	0	2	21	23
	% na amostra	,0%	,0%	,0%	1,7%	17,5%	19,2%
Profissionais de nível médio e fundamental	Nº de participantes	3	23	9	11	13	59
	% na amostra	2,5%	19,2%	7,5%	9,2%	10,8%	49,2%
Total	Nº de participantes	3	23	9	15	70	120
	% Total na amostra	2,5%	19,2%	7,5%	12,5%	58,3%	100,0%

O Qui-quadrado foi aplicado (χ^2=66,438 para p=0,00) mostrando que não há relação entre o nível de instrução em comparação com o tipo de cargo. Observando-se a tabela percebe-se que 58,3% dos profissionais, considerando-se todos os níveis de instrução, são pós-graduados e entre eles estão todos os médicos que responderam ao instrumento de pesquisa. Para os profissionais de nível médio e fundamental, encontrou-se que 20% do total excedem a escolaridade exigida pelo cargo já que possuem graduação (9,2%) ou pós-graduação (10,8%). É interessante salientar que apesar do nível alto de instrução, 39% dos

participantes da pesquisa lotados no HUOL ainda estudam, enquanto apenas dois dos participantes do HUAB informam estudar, como demonstra a tabela 15.

Tabela 15
Participantes da pesquisa que ainda estudam

		Estuda		
		Sim	Não	Total
HUOL	Nº de participantes	35	54	89
	% na amostra local	39,3%	60,7%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	2	29	31
	% na amostra local	6,5%	93,5%	100,0%
Total	Nº de participantes	37	83	120
	% do Total	30,8%	69,2%	100,0%

Fonte: pesquisa de campo, 2012.

Considere-se que a política de capacitação do servidor público federal técnico-administrativo em educação estabelece o incentivo financeiro para servidores após a realização de cursos de qualificação de capacitação[33]. No entanto, a maioria dos cursos de qualificação (graduações e pós-graduações) ocorre em Natal, dificultando o acesso dos servidores lotados em Santa Cruz. Atualmente está em processo de construção o projeto de um mestrado profissional em saúde a ser realizado na Faculdade de Ciências do Trairí – FACISA, que poderá atender aos profissionais lotados no HUAB já que existe a previsão de reserva de vagas para servidores em todas as pós-graduações da UFRN.

Este capítulo tratou da descrição do contexto sócio histórico de pesquisa mostrando como os hospitais se constituíram como instituições, demonstrando como se inserem no sistema de saúde do Rio Grande do Norte e quais as suas contribuições para o funcionamento deste sistema. Viu-se a importância dos dois hospitais em estudo, nas regiões em que se inserem, e no caso do HUOL, no estado do Rio Grande do Norte, como referências em assistência, e percebeu-se como a sociedade reconhece este papel, o que se reflete também no comportamento dos seus funcionários e transformando-se em manifestações da cultura organizacional que também é fortemente influenciada pelo estilo de gestão adotado em cada uma das unidades hospitalares em estudo o que foi revelada na análise organizacional. Ainda relativa a esta análise, mostrou-se que do ponto de vista socioeconômico esses se caracterizam como locais de trabalho improdutivo, mas socialmente valorizado. Viu-se também que os

[33] Cursos de qualificação são aqueles que conferem algum grau de titulação, como por exemplo, uma graduação, ou uma pós-graduação, e os de capacitação são os treinamentos voltados para o cargo que o servidor ocupa ou para as atividades que desempenha. O incentivo está previsto na Lei 11.091 de 12 de janeiro de 2005 e regulamentado pelo Decreto 5.824 de 29 de junho de 2006.

hospitais em estudo, apesar de adotarem formalmente organogramas que refletem uma estrutura organizacional burocrática, se organizam efetivamente em estruturas matriciais informais, como constatados na observação participante. Mostrou-se ainda, que os hospitais estão inseridos no SUS como terciários por serem hospitais de ensino, mas, na prática, prestam serviços secundários e terciários, dada a região socioeconômica em que se inserem. O capítulo também apresentou a maneira como é realizada a assistência à saúde psíquica dos profissionais de saúde que atuam nos hospitais em estudo e caracterizou o perfil dos participantes da pesquisa. Todas as informações contidas têm reflexos nas condições de trabalho e na saúde psíquica dos profissionais de saúde, o que será discutido nos próximos capítulos.

8. Avaliação das condições de trabalho segundo os participantes da pesquisa

Este capítulo apresenta a avaliação das condições de trabalho nos hospitais, segundo os participantes da pesquisa, analisando os resultados da aplicação do questionário de condições de trabalho e observação participante. Serão discutidas as condições nos seus aspectos contratuais e jurídicos, das condições físicas e materiais, dos processos e características do trabalho e dos aspectos sociogerenciais, seguindo a tipologia das condições de trabalho apresentada no capítulo 4, Tabelas 2 e 3.

8.1. Condições contratuais e jurídicas

A primeira categoria em análise, já descrita no capítulo referente ao método, trata das condições contratuais e jurídicas. Como todos os pesquisados são contratados pelo regime estatutário e por serem funcionários públicos federais civis da união, com relação a esta dimensão os participantes da pesquisa apresentam resultados bastante homogêneos. Seus vínculos de trabalho são com a UFRN sendo a folha de pagamento de responsabilidade do Ministério da Educação. Em virtude disto recebem salários mensais e benefícios previstos em lei como auxílio transporte, auxílio alimentação, auxílio creche e auxílio saúde[34].

Outros benefícios previstos são a participação em cursos de qualificação e capacitação. Em virtude do Plano de Desenvolvimento dos Integrantes da Carreira de Técnicos Administrativos em Educação a UFRN oferece vagas em cursos de graduação e pós-graduação para servidores e treinamentos voltados para as competências necessárias nos diversos ambientes organizacionais. Os funcionários podem pleitear o afastamento remunerado para curso de pós-graduação strictu sensu, participar de treinamentos no horário de trabalho, além de poder solicitar legalmente a compensação de horário, se estudante de graduação. Além disso, a cada cinco anos de trabalho podem solicitar até três meses de licença de capacitação destinada a estudos, mediante comprovação de que esta finalidade será atendida como no caso das pós-graduações lato sensu – em que o afastamento remunerado não é permitido pela Lei 8.112/90 que determina o Regime Jurídico Único dos Servidores Civis Federais – das visitas técnicas e cursos de curta duração.

34 Os benefícios e suas regulamentações estão disponíveis no site da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas – PROGESP/UFRN: www.progesp.ufrn.br.

Um fator em análise nas condições contratuais e jurídicas é a distribuição da carga horária contratual expressa na Tabela 16. Nos hospitais da UFRN, segundo o que determina a legislação, os médicos são contratados com 20 horas semanais, os fisioterapeutas e assistentes sociais têm carga horária de 30 horas semanais, os técnicos de radiologia, de 24 horas semanais, e os demais profissionais de nível superior são contratados para 40 horas semanais. Essas horas de todos os profissionais podem ser distribuídas em regime de escalas ou de plantões ou em expedientes em turnos, contínuos ou com intervalo para refeições de acordo com a carga horária e a conveniência do serviço.

Tabela 16
Participantes da pesquisa por jornada de trabalho estabelecida em contrato

		20h semanais	30h semanais	40h semanais	Outras	Total
HUOL	Nº de participantes	2	6	74	6	88
	% na amostra local	2,3%	6,8%	84,1%	6,8%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	7	5	18	1	31
	% na amostra local	22,6%	16,1%	58,1%	3,2%	100,0%
Total	Nº de participantes	9	11	92	7	119
	% do Total	7,6%	9,2%	77,3%	5,9%	100,0%

Na observação participante constatou-se que existe flexibilização de horário para algumas categorias profissionais quando se trata do expediente cumprido nos ambulatórios. Isto é mais evidente no HUOL, mas acontece também no HUAB. Quando submetidos a escalas de plantão, o sistema de ponto com identificação digital inibe a flexibilização do horário mas ainda ocorrem alguns casos. Nos dois hospitais constatou-se, que as regras contratuais são burladas com a conivência de chefias. O relato de um entrevistado exemplifica o que foi dito:

> Eu sei que dou meu horário, mas também sei daqueles que ganham sem vir aqui. Sabe (...)? Ela faz mestrado e nem está afastada, mas só vem quando quer ou quando é conveniente e todo mundo sabe. Eu só queria arrumar minha escala, sem diminuir as horas para viajar menos, mas não me deixaram... (Entrevistado 1 – HUAB).

Durante a coleta de dados acompanhou-se uma discussão conduzida pelo Sindicato Estadual dos Trabalhadores em Educação do Ensino Superior (SINTEST) no sentido de fazer cumprir o Decreto 1.590/95 que estabelece a possibilidade de jornada reduzida sem prejuízo dos salários para aquelas unidades que desenvolvam atividades contínuas e ininterruptas,como ocorre nos hospitais. O resultado foi a publicação pela UFRN da Portaria nº 583/12-R, de 26

de abril de 2012 estabelecendo os critérios da flexibilização da jornada nos hospitais da UFRN.

Com relação aos rendimentos, pela Tabela de Remuneração dos Servidores Técnico-Administrativos em Educação vigente[35], o médico tem jornada especial[36] e recebe, por 20 horas contratuais semanais, o mesmo valor que os outros profissionais de nível superior recebem pela jornada de 40 horas. Determinadas categorias como Fisioterapeutas e Odontólogos tem a jornada reduzida definida em Lei, o que não implica em redução proporcional do salário, porque a legislação lhes dá o direito de realizar expediente corrido de 30 horas semanais. Os salários de nível médio, em especial das categorias de enfermagem (auxiliares e técnicos) são informados pelos participantes da pesquisa nas conversações durante a observação participante como superiores aos pagos pelos hospitais particulares da cidade de Natal e aqueles divulgados nos editais de concursos públicos das prefeituras de cidades do estado do Rio Grande do Norte[37]. Quanto aos auxiliares e técnicos de enfermagem, a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – instituída pela portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002 do Ministério do Trabalho e Emprego, descreve as atribuições de cada cargo, o que é seguido pela UFRN quando é realizado concurso público para ingresso nos cargos. No entanto, conforme constatado na observação participante, as atividades desempenhadas nos hospitais da universidade são exatamente as mesmas para as duas categorias apesar da remuneração dos auxiliares de enfermagem ser mais baixa, como está descrito na tabela de remuneração vigente a qual já foi feita referência.

Nos dois hospitais um acréscimo à remuneração dos profissionais de saúde é obtido através de gratificação denominada Adicional de Plantão Hospitalar (APH)[38] percebida por profissionais que cumprem plantões eventuais, cuja remuneração chega a acrescer o salário em 50% com aproximadamente 4 plantões para o nível médio. No nível superior, esse adicional tem um impacto menor na remuneração em virtude de terem salários mais elevados. Os profissionais de nível superior recebem por hora R$ 70,63 nos finais de semana ou feriados, R$ 56,50 nos dias de semana, R$ 12,84 por plantões de sobreaviso nos feriados e

[35] A tabela de remuneração vigente pode ser consultada em http://www.servidor.gov.br/publicacao/tabela_remuneracao/tab_remuneracao/tab_rem_11/tab_56_2011.pdf.

[36] A jornada especial do cargo de médico é determinada pela Portaria nº 1.100. de 6 de julho de 2006, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, publicada no DOU de 10 de julho de 2006.

[37] A título de exemplo ver o Edital de Concurso Público da Prefeitura de Parnamirim, cidade da Grande Natal divulgado em 18 de novembro de 2011 e disponível no site: http://www.parnamirim.rn.gov.br/_private/upload/boletins/1/668.pdf.

[38] O Adicional de Plantão Hospitalar – APH – foi Instituído em 2009 pela Lei 11.907 e regulamentado pelo Decreto 7.186/10, sendo uma gratificação exclusiva dos hospitais federais, sendo um valor fixo e não proporcional ao salário.

finais de semana e R$ 7,84 nos dias úteis. Os profissionais de nível médio recebem por hora R$ 42,91 nos finais de semana ou feriados, R$ 34,33 nos dias de semana e não realizam plantões de sobreaviso.

Os rendimentos mensais dos participantes estão descritos na Tabela 17 e somam o salário mais os adicionais de plantão. O Qui-quadrado (χ^2=84,413 para p=18) mostrou que há diferença estatisticamente significativa na distribuição dos participantes segundo o rendimento mensal quando comparado com o cargo. Observando-se a tabela, vê-se que 29% da amostra, é constituída por profissionais que recebem mais de R$ 9.000,00. Dentre eles os enfermeiros são os profissionais mais bem remunerados (71,4% recebem mais de R$ 9.000,00) seguidos pelos médicos (70% recebem mais de R$ 9.000,00).

Tabela 17
Rendimentos mensais dos participantes da pesquisa

		Rendimentos mensais							
		De R$ 1.200,00 a R$ 1.800,00	De R$ 1.800,00 a R$ 2.400,00	De R$ 2.400,00 a R$ 3.000,00	De R$ 3.000,00 a R$ 3.600,00	De R$ 3.600,00 a R$ 5.400,00	De R$5.400,00 a R$ 9.000,00	Acima de R$ 9.000,00	Total
Médico	Nº de participantes	0	0	1	0	0	2	7	10
	% por cargo	0%	0%	10,0%	0%	0%	20,0%	70,0%	100,0%
	% do Total	0%	0%	0,8%	0%	0%	1,7%	5,8%	8,3%
Enfermeiro	Nº de participantes	0	0	3	2	0	3	20	28
	% por cargo	0%	0%	10,7%	7,1%	0%	10,7%	71,4%	100,0%
	% do Total	0%	0%	2,5%	1,7%	0%	2,5%	16,7%	23,3%
Outros profissionais de nível superior	Nº de participantes	0	1	1	1	5	7	8	23
	% por cargo	,0%	4,3%	4,3%	4,3%	21,7%	30,4%	34,8%	100,0%
	% do Total	0%	8%	0,8%	0,8%	4,2%	5,8%	6,7%	19,2%
Profissionais de nível médio e fundamental	Nº de participantes	4	15	14	11	12	3	0	59
	% por cargo	6,8%	25,4%	23,7%	18,6%	20,3%	5,1%	0%	100,0%
	% do Total	3,3%	12,5%	11,7%	9,2%	10,0%	2,5%	0%	49,2%
Total	Nº de participantes	4	16	19	14	17	15	35	120
	% do Total	3,3%	13,3%	15,8%	11,7%	14,2%	12,5%	29,2%	100,0%

Como a remuneração dos participantes da pesquisa é um dos componentes da renda familiar, procurou-se conhecer a parcela de contribuição dos rendimentos para a renda familiar dos pesquisados como está demonstrada na Tabela 18.

Tabela 18
Participantes da pesquisa por contribuição na renda familiar

		O que você ganha é:				
		A única renda de sua família	Quase a totalidade da renda familiar	Aproximadamente a metade da renda familiar	Uma parcela pequena da renda da família	Total
HUOL	Nº de participantes	29	21	29	10	89
	% na amostra local	32,6%	23,6%	32,6%	11,2%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	6	15	6	4	31
	% na amostra local	19,4%	48,4%	19,4%	12,9%	100,0%
Total	Nº de participantes	35	36	35	14	120
	% do Total	29,2%	30,0%	29,2%	11,7%	100,0%

Os dados apresentados demonstram que 59,2% dos participantes contribuem com mais da metade da renda familiar. Desses, os funcionários do HUAB contribuem mais para a renda familiar que aqueles lotados no HUOL. Evidencia-se na tabela que, no HUAB, 68,8 % dos participantes informam que seus rendimentos constituem a totalidade ou quase totalidade da composição da renda familiar, quando somados os escores de cada uma dessas faixas de contribuição do participante na renda familiar. Talvez possa ser em parte explicado pelo fato de que o HUAB se encontra no interior do estado, numa região socioeconômica em que existem poucos empregos e que a maioria dos respondentes (conforme já apresentado na Tabela 5) foram os profissionais de nível médio. Eles, em sua maioria, residem no próprio município ou em cidades circunvizinhas, conforme mostrou a observação participante.

Em síntese, com relação às condições contratuais e jurídicas os dados demonstram que são previstas para os participantes da pesquisa iguais condições de contrato por serem todos servidores federais e neste aspecto recebem recompensas organizacionais semelhantes na forma de salários e benefícios. Mas na prática, o contexto de cada hospital contribui na configuração de vivências e sentidos diferentes a essas mesmas condições, fruto das interações dos trabalhadores entre si e com suas chefias. Como exemplo pode-se citar a flexibilização dos horários, que embora regulamentada em portaria, depende de decisão gerencial para sua implementação, pois é a chefia quem vai definir que funcionários terão horários diferenciados. A unidade de lotação também vai ter relação direta com as condições físicas e materiais de trabalho como será discutido a seguir.

8.2. Condições físicas e materiais de trabalho

A segunda categoria de análise trata das condições físicas e materiais que dizem respeito ao entorno do trabalho, contemplando o espaço geográfico e arquitetônico, condições climáticas e de segurança física/material para realização do trabalho.

A parte do questionário sobre esta categoria é escalar e permite a medição de cinco fatores como especificado no capítulo 6, sobre o método. Estimados os escores dos participantes por fator, calculou-se a média e o desvio padrão, conforme exposto na Tabela 19.

Tabela 19
Médias nos fatores das Condições Físicas e Materiais

Fatores	Média	Desvio padrão	Intervalos %			
			x<2	2<x<3	3<x<4	x>4
F1– Aspectos psicobiológicos	3,36	0,84	3,3	34,2	37,5	25,0
F2 – Espaço de Trabalho	2,24	0,74	41,7	42,5	14,2	1,7
F3 – Aspectos físico-químicos	1,92	0,61	57,5	37,5	5,0	-
F4 – Exigência de esforço físico	2,81	0,84	20,8	35,8	33,3	10,0
F5 – Risco de acidentes	1,88	0,70	66,7	27,5	3,3	2,5
F = 2754,43 para p<0,001						

Pode-se observar na Tabela 19 que os profissionais de saúde apresentam médias com magnitudes diferentes entre fatores relacionados à dimensão das condições físicas e materiais de trabalho o que é corroborado pela ANOVA (F = 2754,43 para p<0,001). O teste Pos Hoc (Bonferroni), por sua vez, corrobora que há diferença entre todas as médias. Observa-se então que os participantes se percebem expostos aos cinco fatores das condições físicas e materiais de trabalho na ordem apresentada na Figura 6.

Como as diferenças entre as médias são acentuadas, assinala-se que os participantes da pesquisa percebem que há maior exposição aos aspectos psicobiológicos do trabalho seguidos pela exigência de esforço físico. Essa parte do questionário inquire o participante sobre a frequência com que se expõe a aspectos das condições físicas e materiais, logo, quanto maior o escore apresentado maior é a percepção de que as condições de trabalho avaliadas sob este aspecto não são adequadas como apresenta a Figura 6.

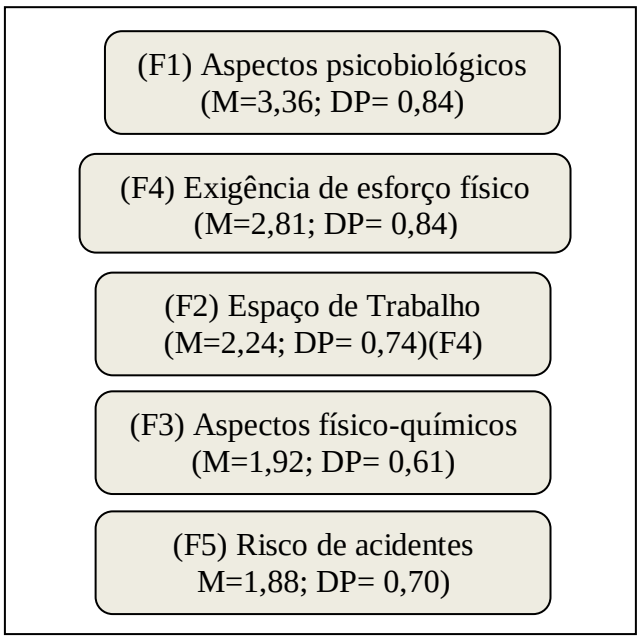


Figura 06. Hierarquia das médias nos fatores das condições físicas e materiais de trabalho.

Os Aspectos Psicobiológicos indicam que os participantes se sentem expostos a riscos do ambiente físico e material que podem ter impacto na saúde (corporal e psíquica). A literatura sobre condições de trabalho em saúde (por exemplo: Costa, Lima, & Almeida, 2003; Murofuse, Abranches & Napoleão, 2006; Elias & Navarro, 2006), já discutida anteriormente, e o Ministério do Trabalho e Emprego – MTE – através da NR-32, apontam que os hospitais são locais de risco à saúde do trabalhador em decorrência das condições de trabalho. Nos dois hospitais compreende-se que a exposição aos riscos psicobiológicos existe pela tarefa assistencial e pelo nível de complexidade das ações assistenciais. A média dos escores no fator (M=3,36) reflete isto indicando que os participantes consideram que sua exposição a esses fatores acontece entre algumas vezes e muitas vezes, o que foi corroborado pelas observações participantes no contexto do estudo.

A Exigência de Esforço Físico indica o quanto o trabalhador se percebe exposto a realizar atividades que implicam em movimento repetitivo com uso de máquinas e equipamentos ou exigem execução mecânica. O fator inclui o risco ergonômico. O trabalho em saúde exige do trabalhador determinados movimentos e posturas que levam a situações de desgaste, sendo que este elemento foi considerado para o estabelecimento legal da redução da jornada de trabalho de algumas categorias profissionais, como foi comentado na sessão anterior sobre os fisioterapeutas e odontólogos. Além de autores como Laurell e Noriega

(1989), o MTE reconhece esta condição quando normatiza na NR-32 ações para minimizar os riscos ergonômicos no trabalho em saúde, como por exemplo o resultante das posições dolorosas e fatigantes avaliada pelo fator. Outros tipos de exposição avaliados pelo fator são decorrentes de ruídos, como ocorre nas salas de espera dos ambulatórios dos hospitais; de movimentos repetitivos em intervalos de tempo muito curtos; e do uso de equipamentos com defeito. Nos hospitais observou-se que a exposição a ruídos é minimizada pelos avisos de silêncio nos ambulatórios e é pouco frequente nas unidades de internação. Os equipamentos nos dois hospitais encontram-se em geral em bom estado e adequados ao uso. Os movimentos repetitivos exaustivos e posturas que exigem esforço ficam mais restritos aos fisioterapeutas e odontólogos, pelas características dos procedimentos que realizam. A média dos participantes (M=2,81) no fator em análise reflete o que foi observado, pois as respostas relativas à percepção da exposição no fator, estão situadas entre raramente e algumas vezes, sendo mais próximas da segunda alternativa.

Os outros fatores em análise, Espaço de Trabalho (que diz respeito ao espaço para realização do trabalho e ao espaço relacional), Aspectos Físico-químicos (que indica características do ambiente físico, incluindo os aspectos relativos ao clima e/ou o preparo do ambiente de trabalho para lidar com as adversidades climáticas) e Risco de acidentes (que indica o quanto os aspectos anteriores representam ameaças à integridade dos trabalhadores, e as práticas para prevenção de consequências indesejáveis) tiveram a média igual ou abaixo de 2,24. O resultado mostra que os participantes da pesquisa provavelmente consideram as condições adequadas pois suas respostas indicam que se sentem pouco expostos a estas condições posto que apenas no fator Espaço de Trabalho existem respostas situadas entre algumas vezes e raramente, sendo esta última a reposta correspondente à média obtida nos outros dois fatores.

Buscou-se saber se havia diferença entre as médias nos fatores por local de trabalho e como os participantes da pesquisa se distribuíam nos intervalos, estimando-se as médias nos fatores para os participantes segundo os hospitais e aplicando-se o teste t (Tabela 21). Adicionalmente, levantou-se a frequência dos participantes por intervalos dos escores nos fatores. Observa-se que além da percepção dos riscos psicobiológicos ser frequente, esta é mais acentuada no HUOL que no HUAB como mostra a Tabela 20.

Tabela 20
Escores nos fatores das condições físicas e materiais por hospital

Fatores	Local	N	Média	Desvio padrão	*t*	Sig	Intervalos %			
							x<2	2<x<3	3<x<4	x>4
F1– Aspectos psicobiológicos	HUOL	89	3,43	0,92	2,63	0,01	6,8	29,5	30,7	33,0
	HUAB	31	3,03	0,68			6,5	35,5	54,8	3,2
F2 – Espaço de Trabalho	HUOL	89	2,23	0,80	-0,18	0,85	44,3	37,5	15,9	2,3
	HUAB	31	2,26	0,53			35,5	54,8	9,7	-
F3 – Aspectos físico-químicos	HUOL	89	1,89	0,62	0,16	0,87	61,4	31,8	6,8	-
	HUAB	31	1,89	0,53			51,6	48,4	-	-
F4 – Exigência de esforço físico	HUOL	89	2,93	0,80	4,54	0,00	12,5	42,0	31,8	13,6
	HUAB	31	2,25	0,77			51,6	25,8	22,6	-
F5 – Risco de acidentes	HUOL	89	1,87	0,77	0,25	0,80	63,6	29,5	3,4	3,4
	HUAB	31	1,85	0,49			74,2	22,6	3,2	-

Os resultados da tabela serão discutidos seguindo a hierarquização dos fatores apresentados na figura 07 e por isso apresenta-se inicialmente o fator F1– Aspectos psicobiológicos que na análise por hospitais também apresenta as maiores médias tanto no HUOL (M=3,43) como no HUAB (M=3,03). O teste t mostrou que há diferença estatisticamente significativa entre elas (t = 2,63 para p<0,01). A exposição maior no HUOL é resultado da maior complexidade do hospital e das patologias atendidas. Como foi discutido no Capítulo 7 o HUOL é um hospital geral de grande porte que atende adultos com patologias diversas, para assistência clínica ou cirúrgica. O hospital também possui UTI. Alguns dos pacientes apresentam quadros cronificados e permanecem hospitalizados durante muito tempo. Como o HUAB se destina apenas à assistência materno-infantil, não dispondo de UTI nem tendo possibilidade de prestar assistência a quadros mais graves[39], a exposição aos riscos psicobiológicos torna-se menos acentuada. O comportamento dos profissionais revelado na observação participante demonstra que no HUOL há preocupação com os riscos psicobiológicos. Viu-se que a lavagem das mãos é frequente. Lá também há a presença mais atuante da CCIH no controle dos riscos ambientais, o que não se observa no HUAB embora a comissão exista. No HUAB, alguns profissionais dispensam o uso de jalecos, adotando fardamentos mais leves e de menor capacidade de proteger o corpo da exposição a agentes infectantes, em especial na Pediatria, que coincidentemente é o setor de maior exposição naquele hospital. O relato dos funcionários é que o jaleco e a roupa branca assustam as crianças. Eles dizem abrir a mão da autoproteção pelo bem-estar de seus pacientes, o que pode ser uma justificativa socialmente aceita para o descuido com a proteção individual no

[39] Quando ocorrem casos de maior gravidade os pacientes são transferidos hospitais de Natal.

trabalho. Isto revela que apesar de haver a possibilidade de contaminação com fluidos corporais essa não parece ser uma preocupação presente entre os profissionais de saúde do HUAB, pois há pouca precaução em se evitar contaminações.

Com relação à Exigência de Esforço Físico na observação participante do contexto de trabalho e nas entrevistas realizadas não se verificou carga de esforço físico que motivasse reclamações. No entanto os escores da tabela mostram que no HUOL os profissionais de saúde informam esforço físico (M=2,93) em maior percentual que no HUAB (M=2,25), o que foi corroborado pelo teste t que indicou que as diferenças entre essas médias são significativas ($t = 4,54$ para $p<0,00$). No HUAB predomina a percepção de que há pouca exigência de esforço físico no trabalho e não há escores indicativos que este esforço é frequente. No HUOL, somadas as frequências correspondentes a algumas vezes exposto e frequentemente exposto, encontra-se um percentual de 45,4% de participantes que avaliam que há esforço físico no trabalho que desempenham, embora isto não tenha sido corroborado nas observações nem relatado nas entrevistas.

Conforme a hierarquia das médias da amostra, o terceiro fator com maiores escores foi Espaço de Trabalho. Na análise por hospital o teste t mostra que não há diferença significativa entre as médias dos participantes da pesquisa lotados no HUAB e no HUOL ($t=-0,18$ para $p>0,85$).

Nos dois hospitais os profissionais de saúde percebem que são raramente ou muito raramente expostos a condições como realizar seu trabalho fora dos hospitais onde trabalham, ou exercer trabalho virtual, sendo esses escores maiores no HUAB, o que corrobora os dados da observação participante. Observe-se que nos hospitais o trabalho virtual conforme é caracterizado na literatura como aquele que é realizado em organizações virtuais ou mesmo convencionais em que há uma meta comum mas os trabalhadores se mantém distantes, ligados pelo computador (Jackson, 1999; Saravia, 2002; Staples, Hulland & Higgins, 1999) é praticamente inexistente. Tanto no HUOL quanto no HUAB, o uso do computador está presente e em algumas situações traz benefícios ao trabalhador pois agiliza seus processos de trabalho, mas não é possível caracterizar este uso como trabalho virtual. No caso do HUOL a observação participante revelou que o uso deste equipamento passou a ser uma rotina a partir da mudança das enfermarias do prédio antigo para o Edifício Central de Internação. Nesta nova unidade as prescrições e solicitações dos profissionais de nível superior, como a prescrição médica e a solicitação de exames complementares, são informatizadas. O livro de ocorrências da enfermagem agora é digitado e em breve passará a ser on-line. Mas o prontuário físico do paciente permanece em papel e nele são anotados os procedimentos dos

auxiliares e técnicos de enfermagem. Todo esse contexto representou uma melhoria nas condições de trabalho. No HUAB há computadores em todos os postos de trabalho, porém ele é mais utilizado para fins pessoais.

No HUAB uma condição que representa o Espaço de Trabalho é a utilização da telemedicina, onde são realizadas consultas através de videoconferência com médicos que estão em outra unidade hospitalar. Esse avanço foi possível em virtude das necessidades advindas dos programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde. No caso da telemedicina, o computador não é operado por profissionais de saúde, e sim por técnico em informática que dá o suporte à atividade mas esta é uma representação de que o espaço de trabalho é também espaço virtual e não apenas aquele delimitado fisicamente por edificações e mobiliário. O uso da telemedicina é ainda bastante pontual, tendo ocorrido apenas uma vez durante o período de observação participante e envolvido apenas residentes e um dos seus preceptores, não chegando a causar impacto nos demais profissionais de saúde em exercício alguns dos quais desconheciam que a atividade acontecia.

Em seguida, procedeu-se à análise dos Aspectos Físico-químicos. Também neste fator prevalece a baixa exposição sendo a média (M=1,89) comum aos dois hospitais, não havendo diferença estatisticamente significativa entre elas (t=0,16 para p<0,87). Os resultados da tabela mostram que os participantes da pesquisa se sentem pouco expostos a Aspectos Físico-químicos do trabalho, significando que para eles o ambiente apresenta um nível de conforto satisfatório com relação a essas condições. No HUAB todos os setores do hospital relativos à internação do paciente são climatizados. O mesmo acontece com as salas do ambulatório. Mesmo naqueles em que a exposição ao calor faz parte da atividade como na área de preparo de alimentos para quem trabalha no setor de Nutrição e Dietética, não foram relatados incômodos durante a observação participante. Porém foi observado que no HUAB ocorre mudança de temperatura percebida e reportada pelos profissionais que atuam na Nutrição e na saída das enfermarias do alojamento conjunto para o corredor. As enfermarias são climatizadas e ao saírem delas os profissionais se deparam com o clima quente de Santa Cruz, mas não há queixas quanto a isso. Com relação à Nutrição, o calor é encarado como parte do trabalho, assim relatado pelos profissionais do serviço de nutrição, e também não há queixas. Compreende-se que, por razões sócio-históricas, a percepção das condições de trabalho é uma construção social. Para o grupo de profissionais do HUAB os Aspectos Físico-químicos são encarados como uma mostra de que o trabalho é árduo e valoroso e não de como ele é fatigante.

No HUOL, embora se esperasse comentários sobre a melhoria desse aspecto das condições de trabalho com a mudança do prédio antigo não climatizado em que a temperatura interna era desconfortável, para o ECI[40] onde há climatização, em novembro de 2011, não houve nenhum relato. No entanto é facilmente observável que a temperatura nos ambientes de trabalho, melhorou. Além disso, quando as observações para esta tese foram iniciadas, no prédio antigo, especialmente no setor térreo, havia uma impregnação de odores nas enfermarias que resistia mesmo diante dos rígidos padrões de higiene adotados. O odor de alimentos advindo de sua preparação no Serviço de Nutrição também impregnava o andar em momentos específicos. Hoje a qualidade do ar é notavelmente superior.

Uma teoria que pode explicar o que ocorreu no HUOL é a teoria de motivação de Hezberg (1997). Analisado o caso do HUOL a partir desta teoria, pode-se dizer a mudança apenas gerou a não insatisfação, mas não foi capaz de ter efeitos satisfacientes porque só houve mudança no entorno da tarefa e não na tarefa em si. Outra teoria que pode auxiliar a compreensão da percepção dos funcionários sobre as condições de trabalho é a teoria das representações sociais. Segundo Minayo (1994, p.108) as representações sociais são "imagens construídas sobre o real." É um processo de natureza dialética em que o ser humano em sua relação com o mundo que o rodeia transforma o estranho em algo natural. Isto se dá pela objetivação. Para Moscovici (1978, p.110) "(...) objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo." Isto acontece num movimento dialético onde as significações são naturalizadas – operação em que o que era símbolo se torna real – e classificadas, em que é dada a realidade uma simbologia (Moscovici, 1978; Arruda, 1998). Após objetivar o mundo que o rodeia, assumindo-se uma teoria consensual sobre a realidade daquele grupo social a que pertence, o indivíduo faz a ancoragem, processo em que se vincula a representação social a sentidos e saberes coerentes com o grupo a que pertence e se atribui um valor funcional a eles. Segundo Leontiev (1978) as representações sociais são indissociáveis de comportamentos. Isto pode explicar porque condições de trabalho, como os Aspectos Físico-químicos, que para alguém não pertencente ao grupo de profissionais de saúde parecem bastante árduas, para os profissionais dos dois hospitais não são motivos de queixas. Esses profissionais estão expressando aquilo que acreditam ser esperado para seu grupo social já que no imaginário coletivo o trabalho em saúde é um trabalho árduo.

[40] ECI – Edifício Central de Internação.

O último dos fatores das condições físicas e materiais do trabalho avaliado é o que trata dos Riscos de Acidentes sendo este o fator que apresentou menores médias: no HUOL M=1,87 e no HUAB, M=1,85. O teste t (t=0,25 para p<0,80) diz que não há diferença significativa entre elas. Se tomada a teoria das representações sociais, um ato representa um significado dado pelo indivíduo a partir da relação dialética com seu meio e em seu grupo como anteriormente discutido (Moscovici, 1978). No contexto do HUOL observou-se o cuidado com os procedimentos assistenciais, o que diminui o risco de acidentes de maneira geral. Se existe o cuidado é porque se percebe o risco. A situação descrita pode ser um reflexo da presença de quadro funcional mais tecnicista, e possivelmente da convivência estreita com profissionais recém-formados e em formação em alguns momentos em maior número que o corpo funcional da UFRN. Isto é bastante marcante no nível médio do corpo de enfermagem. No HUAB, não se observou nem foi mencionada preocupação com acidentes, com o instrumental de trabalho, nem com pequenos acidentes, por exemplo, com perfurocortantes. Foram observadas condutas de risco por parte de alguns profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, como realizar punções venosas sem luvas de procedimento, no entanto essa questão foi pontual. A percepção de risco de acidente não foi mencionada. O hospital geralmente é limpo. Situações pontuais existem em virtude dos acompanhantes, em geral do setor de pediatria. As queixas da enfermagem e os pedidos de auxílio à Psicologia e ao Serviço Social no sentido de educar acompanhantes sobre a conduta no hospital retratam isso.

Com relação ao risco de acidente físico no local de trabalho, apesar de o HUOL passar constantemente por reformas e de já ter no passado, ocorrido acidente grave e incapacitante com um profissional de enfermagem no desempenho de suas atividades laborais, não houve relato de preocupação com este tipo de acidente, mas percebeu-se o medo de alguns profissionais ao usarem o elevador do prédio de ambulatório como retrata o diálogo registrado no diário de campo: “esse elevador vive parando”; “é muita maresia, não sei como não já caiu.” A ascensorista interferiu nesse diálogo e disse que os elevadores tinham manutenção e a conversa foi encerrada.

No HUAB, há a preocupação com o risco de risco de acidente de trânsito e esta foi mencionada constantemente durante a observação participante e as entrevistas informais. Vários profissionais residem fora de Santa Cruz e se deslocam para a cidade, algumas vezes diariamente. Durante o ano de 2011, enquanto os dados desta tese eram coletados, num espaço de poucos meses faleceram de acidente de trânsito dois profissionais do HUAB. No mesmo ano, uma profissional de nível superior se afastou do trabalho por problemas de saúde psíquica reportados a essas perdas. Outro profissional manifestou-se disposto a pedir

exoneração e fez outro concurso público com a intenção manifesta de deixar o HUAB. Seu relato, entre lágrimas foi:

> Eu adoro o HUAB e o meu trabalho, mas só de pensar que vou viajar, fico assim. Não aguento mais! Estou lá a (...) anos e sempre trabalhei direitinho, mas não posso mais passar por isso! Assim que for chamada vou sair daqui. (Entrevistado 5 – HUAB).

Durante a realização da coleta de dados outros profissionais queixaram-se de insônia na noite que antecede a viagem, de medo, de vontade de mudar de lotação através da remoção funcional para Natal. Um relato foi marcante nesse sentido: "Gostaria que o HUAB mudasse de lugar porque acho difícil encontrar noutro lugar o que eu tenho aqui. Adoro o hospital, mas não quero morrer!" (Entrevistado 6 – HUAB). Além disso, ficam claras as tentativas de busca de suporte social e de apoio psicoemocional nos deslocamentos: é raro um profissional viajar só e o sentimento é de gratidão para com quem aceita pegar a carona, quando o normal seria o inverso: deveria estar grato quem é agraciado com a carona. Esses relatos do HUAB não foram explorados no questionário, mas denotam que há uma alteração nas condições de trabalho já que para boa parte dos profissionais, o deslocamento de Natal ou outra cidade para Santa Cruz é necessário.

Os resultados referentes à categoria das Condições Físicas e Materiais de Trabalho revelam que os Aspectos Psicobiológicos e a Exigência de Esforço Físico são os fatores de maior impacto para a análise dessas condições para os participantes da pesquisa. O primeiro fator foi o que obteve maiores médias como já discutido anteriormente, sendo também o mais mencionado nas observações participantes e nas entrevistas, o que corrobora sua posição na estrutura fatorial. Este é o fator que concentra a maior parte da explicação da variância (Borges et al., 2012 submetido). O segundo fator da hierarquia das médias da amostra, embora com escores bastante significativos na estrutura fatorial, não foi mencionado nos relatos, o que leva a crer que os profissionais de saúde encaram o esforço como parte das atribuições de suas profissões. A análise do fator Risco de Acidentes também mostrou que no HUAB há uma preocupação com os acidentes de trânsito não presente no HUOL e que esta afeta as condições de trabalho de seus profissionais. Faz-se então necessário conhecer os processos e características da atividade dos profissionais de saúde.

8.3. Processos e características da atividade

A terceira categoria das condições de trabalho trata dos Processos e Características da Atividade e diz respeito ao conteúdo das atividades de trabalho, à organização e divisão do trabalho, as demandas oriundas do posto de trabalho, os modos como as atividades são executadas e ao desempenho do trabalhador (Borges et al., submetido).

A parte do questionário sobre esta categoria é escalar e permite a medição de quatro fatores como anteriormente descrito no capítulo 6, sobre o método. Estimados os escores dos participantes por fator, calculou-se a média e o desvio padrão, conforme exposto na Tabela 21.

Tabela 21
Médias nos fatores dos processos e características do trabalho

Fatores	Média	Desvio padrão	Intervalos %			
			x<2	2<x<3	3<x<4	x>4
F1– Espaço de autonomia	2,81	0,05	9,2	58,3	30,8	1,7
F2 – complexidade e responsabilidade	3,27	0,62	1,7	35,8	50,0	12,5
F3 – Organização do tempo	2,55	0,06	18,3	58,3	23,3	-
F4 – Estímulo à colaboração	3,49	0,71	2,5	31,7	37,5	28,3
F =6608,46 para p<0,001						

Pode-se observar pela Tabela 21 que os profissionais de saúde apresentam médias com magnitudes estatisticamente diferentes entre fatores relacionados à dimensão dos processos e características do trabalho o que é corroborado pela ANOVA (F =6608,46 para p<0,001).

O teste Bonferroni foi aplicado e mostrou que há uma hierarquia entre essas médias e que a média dos escores dos participantes no fator Estímulo à Colaboração é mais elevada significando que neste aspecto as condições de trabalho são percebidas como adequadas, pois o fator diz respeito à possibilidade de o trabalhador contar com a colaboração de seus pares na execução de suas tarefas e de poder colaborar com eles. O resultado do teste Bonferroni está representado na Figura 7.

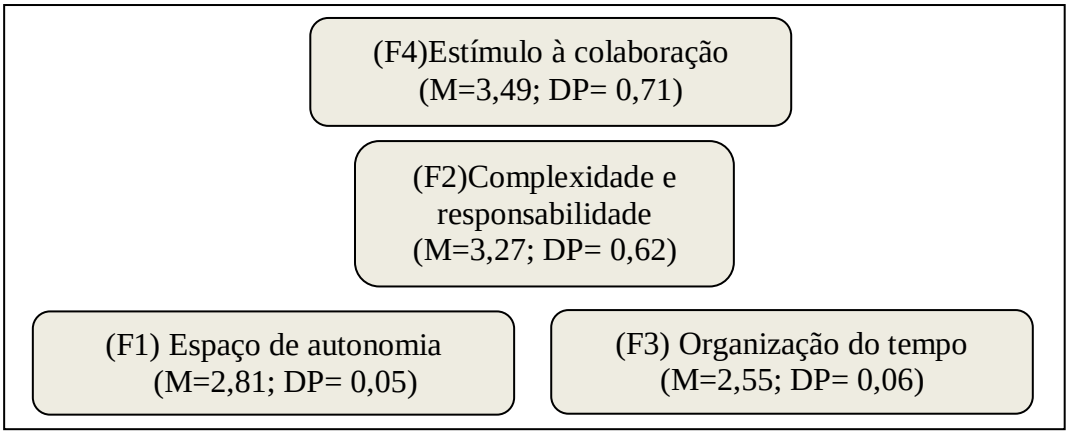


Figura 7. Hierarquia das médias nos fatores dos processos e características do trabalho

Dentre todos os fatores em análise este foi o que apresentou maior índice de respostas correspondentes a frequentemente expostos à condição (28,3%). O fator também apresenta um escore muito baixo correspondente à resposta muito raramente exposto (2,5%). A colaboração entre membros de uma equipe é uma condição desejada para o trabalho em saúde tanto por motivos técnico-assistenciais quanto pelo apoio psicossocial que pode proporcionar ao trabalhador, sendo este um dos fatores de prevenção do adoecimento psíquico no trabalho como discutido anteriormente no Capítulo 5 desta tese.

O segundo fator, coforme a magnitude da média dos escores, para os participantes da pesquisa foi Complexidade e Responsabilidade. Este fator diz respeitos à exigência de realizar tarefas complexas, rapidez, responsabilidade por danos e iniciativa diante do imprevisto. Os escores mostram que os participantes se sentem raramente expostos (30,85%) e algumas vezes expostos (50%) a esta condição, indicando que os participantes consideram que as tarefas que desempenham exigem deles responsabilidade e que são relativamente complexas. O trabalho em saúde, como já foi discutido no Capítulo 4, (vide Merhy, 1999; Pires, 2000; Schraiber et al. 1999) é complexo dada sua natureza de lidar com vidas, o que implica em decisões rápidas e acertadas. É também, dentre os processos de trabalho existentes, um dos que pouco se modificou em essência quando se considera a responsabilidade pela tomada de decisão e iniciativa do trabalhador, embora a tecnologia disponível para a assistência ao paciente tenha aumentado muito ao longo dos anos deixando as tarefas mais variadas. Um escore mais alto neste fator, portanto, não significa piores condições de trabalho considerando-se que a variedade das tarefas é um dos fatores motivacionais segundo Hezberg (1997) e que a motivação contribui para o bem-estar no trabalho.

Os fatores Espaço de Autonomia e Organização do Tempo tiveram médias no mesmo nível hierárquico. O espaço de autonomia diz respeito à possibilidade do trabalhador, na organização do seu trabalho, poder decidir por métodos, planejamento e ritmo daquilo que realiza. Maiores escores neste fator denotam maior autonomia, logo, os resultados demonstram que os profissionais de saúde percebem pouca autonomia no desenvolvimento do seu trabalho posto que somadas as frequências nos intervalos, 89,1% dos participantes pontuam seu espaço de autonomia entre 02 e 04 que varia de muito raramente exposto a raramente exposto. Os estudiosos do trabalho e sua relação com a saúde psíquica (como Albrecht, 1990; Benevides-Pereira, 2002; Mauro, Mauro, Pinheiro & Silva, 2010) estabelecem a relação entre a diminuição da autonomia e a redução do bem-estar psíquico. Entre os participantes da pesquisa, a redução do espaço de autonomia encontrado pode ser um fator predisponente para o adoecimento.

Outra fator igualmente percebido pelos participantes da pesquisa foi Organização do Tempo que diz respeito a quanto o trabalhador pode organizar o tempo no trabalho planejando pausas, folgas e férias. As médias no fator indicam que nenhum dos participantes percebeu que pode fazer isto com frequência. As respostas oscilaram entre muito raramente (18,3%), raramente (58,3%), e algumas vezes (23,3%), demonstrando que, para a maioria dos participantes, não é possível ter o controle pleno do tempo no trabalho, condições esperadas, dadas as características do trabalho em saúde.

A observação participante nos dois hospitais permitiu perceber que tanto a autonomia como a organização do tempo, embora ocasionais, são mais frequentes entre os profissionais de nível superior que entre os de nível médio, embora ambas as distribuições obedeçam as limitações impostas pelos casos atendidos, por horários de funcionamento ou escalas e por horários de procedimentos como medicações, exames e outros da rotina hospitalar. No nível superior, de acordo com a observação participante, o espaço de autonomia é maior nas atividades ambulatoriais em que, nos dois hospitais, é comum os profissionais solicitarem modificações no agendamento de suas consultas, sendo em uma maioria de vezes, atendidos. A categoria profissional dos médicos prepondera nesse aspecto.

Buscou-se conhecer como os fatores dos processos e características do trabalho eram percebidos de acordo com os locais de trabalho dos participantes. O teste *t* mostra que há diferenças estatisticamente significantes nos escores dos participantes quando são separados por local de trabalho no que diz respeito à complexidade e responsabilidade. Para este resultado contribui provavelmente o porte do HUOL e seu nível de complexidade, que se reflete na atuação dos profissionais de saúde. Este não é um aspecto negativo em si mesmo.

Ao contrário, pode ser motivador para os profissionais que lá atuam. Os resultados estão expressos na tabela 22.

Tabela 22
Escores nos fatores dos processos e características do trabalho por hospital

Fatores	Local	N	Média	Desvio Padrão	*t*	Sig	Intervalos %			
							x<2	<x<3	<x<4	x>4
F1– Espaço de autonomia	HUOL	89	2,79	0,53	0,39	0,69	10,1	58,4	30,3	1,1
	HUAB	31	2,84	0,54			6,5	58,1	32,3	3,2
F2 – Complexidade, responsabilidade	HUOL	89	3,35	0,72	2,28	0,02	2,2	31,5	49,4	16,9
	HUAB	31	3,03	0,46			-	48,4	51,6	-
F3 – Organização do Tempo	HUOL	89	2,53	0,62	0,42	0,67	19,1	58,4	22,5	-
	HUAB	31	2,59	0,61			16,1	58,1	25,8	-
F4 – Estímulo à colaboração	HUOL	89	3,45	0,80	0,93	0,35	2,2	33,7	36,0	28,1
	HUAB	31	3,60	0,72			3,2	25,8	41,9	29,0

Embora os escores médios das outras subcategorias sejam equivalentes, as falas dos sujeitos apontam para diferenças perceptíveis no dia a dia da atuação profissional. Com relação ao espaço de autonomia no HUAB chamou atenção a fala de uma técnica de enfermagem durante a realização de uma sessão de grupo focal sobre as condições de trabalho: "Trabalho num setor ótimo! Eu e minha colega (...) é que fazemos nossa rotina. A chefe raramente passa lá. Decidimos tudo com os médicos." Perguntei-lhe então o que faziam quando não havia nada para fazer: "(...) vou ajudar as meninas dos outros setores ou não faço nada, mas se em compensação o plantão estiver muito agitado, eu sei que vou ter ajuda." (Entrevistado 4, HUAB). No HUAB, o uso do espaço de autonomia aliado à possibilidade de organização do tempo às vezes causa conflito de horário com outros profissionais em virtude da quantidade reduzida de salas de atendimento ambulatorial. Isto é mais comum entre os profissionais de nível superior para quem decisões médicas, em geral, preponderam sobre as outras categorias. Nas unidades de internação o conflito raramente se estabelece. Ao contrário, a possibilidade de realizar trocas o inibe. Lá, é comum ver profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem trocarem as escalas com colegas, dobrarem horário ou fazerem alterações na sua própria escala, trabalharem e somente depois comunicarem à gerência de enfermagem. Nesse hospital estão os profissionais com mais idade e tempo de serviço. Inclusive, boa parte dos técnicos tem maior tempo de casa e maior idade que seus gerentes. Então a antiguidade contribui para a autonomia e liberdade de escolha e para o entrosamento entre os colegas de trabalho de modo que os benefícios pessoais não provocam desequilíbrio

nem desarmonia no serviço uma vez que as decisões de mudança em geral são tomadas para beneficio da equipe num movimento de autogerenciamento e participação na tomada de decisão. Além disso, o hospital é pequeno, com poucos profissionais de nível médio que em geral só tem um emprego, o que permite esse tipo de arranjo que possivelmente traz benefícios para a saúde psíquica.

No HUOL, a observação participante no contexto mostra um cenário bem diferente. Em geral não há conflito de horário nos ambulatórios que dispõe de muitas salas distribuídas por clínicas. Assim, quando necessário, os horários são negociados previamente entre profissionais de uma mesma clínica. Nas unidades de internamento as trocas são francamente desestimuladas e há todo um procedimento burocrático para que ocorram entre os profissionais de saúde de nível médio e entre os enfermeiros. Geralmente não se dão entre outros profissionais de nível superior, exceto alguns médicos plantonistas do hospital e da UTI, pois suas atividades são muito bem delimitadas por setor, sendo também seu quantitativo muito pequeno. A observação participante permite compreender que o nível de complexidade do HUOL é um fator que dificulta a autonomia dos profissionais quanto ao gerenciamento do tempo e de suas atividades. O hospital é muito grande e segmentado em setores tanto na internação quanto na assistência ambulatorial. Agrega profissionais de múltiplos vínculos, sobretudo na enfermagem[41] alguns com cargas horárias diferentes. Muitos profissionais têm mais de um vínculo empregatício o que é facilitado pelo acesso ao mercado de trabalho em Natal e pela referência de atuar num hospital universitário. Isto resulta em ter que combinar os horários em mais de uma escala.

8.4. Ambiente Sociogerencial

A quarta categoria das condições de trabalho diz respeito ao ambiente sociogerencial. Esta categoria trata dos relacionamentos interpessoais e suas nuances entre pares, superiores e subordinados e as práticas sociais de gerenciamento ou gestão. Nesta parte do questionário o participante respondia aos questionamentos numa escala que variava de nunca a sempre, como já exposto no capítulo relativo ao método. Os escores dessa categoria estão descritos na Tabela 23.

[41] Há contratações pela Fundação Norte-Riograndense de Pesquisa e Cultura – FUNPEC – fundação ligada à UFRN, funcionários contratados pelo Estado do Rio Grande do Norte, cedidos para exercício na UFRN e bolsistas e voluntários, ambos alunos de cursos técnicos de enfermagem que cumprem escalas de trabalho de 30 horas semanais.

Tabela 23
Médias nos fatores do ambiente sociogerencial

Fatores	Média	Desvio padrão	Intervalos %			
			x<2	2<x<3	3<x<4	x>4
F1– Organização das atividades	2,28	0,80	44,2	34,2	17,5	4,2
F2 – Infraestrutura e pressão	3,02	0,94	18,3	38,3	30,0	13,3
F3 – Oferta de informações de saúde	2,43	0,11	50,8	16,7	21,7	10,8
F4 – Discriminação social	1,16	0,35	95,8	3,3	0,8	-
F5 – Participação	2,46	0,70	33,3	43,3	21,7	1,7
F6 – Violência	1,52	0,63	80,8	15,8	1,7	1,7
F7 – Ambiente conflitante	2,22	0,93	55,8	30,8	6,7	6,7
F = 2236,16 para p< 0,001						

Foi aplicada a Anova que corroborou a diferença entre as magnitudes das médias nos fatores (F = 2236,16 para p< 0,001). Foi então aplicado o teste Bonferroni para que estas médias fossem hierarquizadas. O resultado está expresso na figura 08.

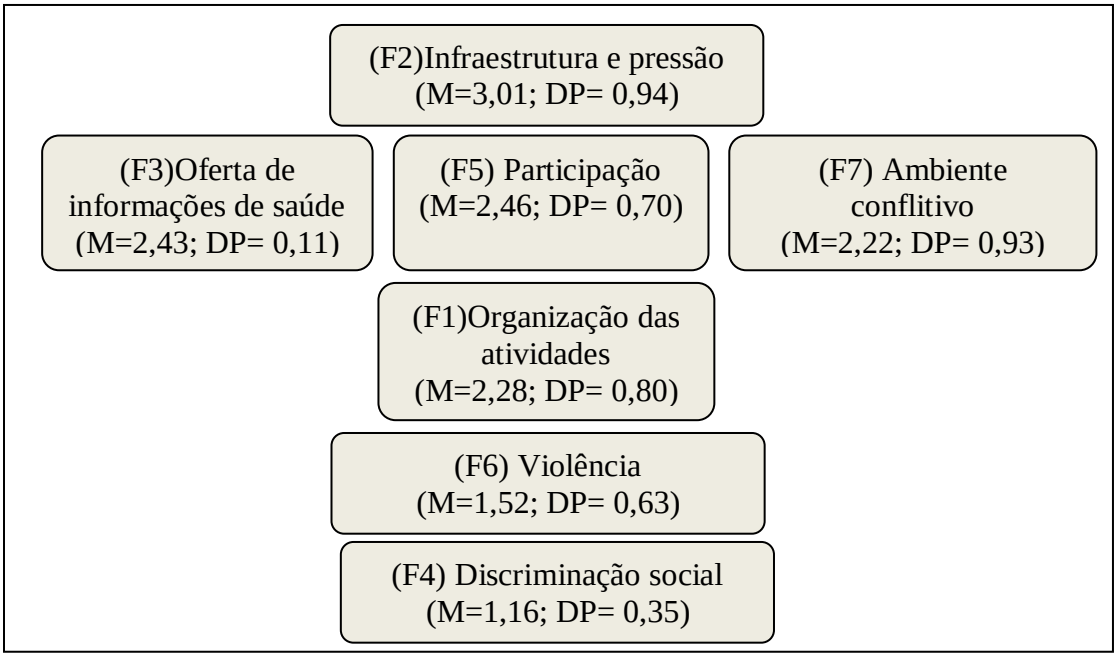


Figura 8. Hierarquia das médias no ambiente sociogerencial

Percebe-se que há acentuada diferença entre as médias e uma maior exposição ao fator Infraestrutura e Pressão. Esse avalia a percepção dos participantes quanto a pressões diretas e indiretas sofridas no trabalho, relativas à exposição a situações como falta de equipamentos e material de trabalho e percepção de exigências desproporcionais às condições de

infraestrutura. No fator, quanto maior o escore apresentado maior é a percepção de que as condições de trabalho avaliadas sob este aspecto não são adequadas. Observa-se a partir dos resultados que as condições de trabalho não são consideradas adequadas para 43,3% dos participantes que manifestam a percepção de pressão decorrente da infraestrutura, seja por falta de equipamentos, e material de trabalho ou por exigências desproporcionais às condições para realizar as atividades. Dadas as condições do sistema de saúde estadual e municipal do Rio Grande do Norte, enfrentando grave crise no período de coleta desta tese[42] e a sobrecarga em volume de atendimentos que decorreu desta condição nos hospitais universitários em estudo, o dado é perfeitamente justificável.

O teste Bonferroni mostrou que os participantes percebem com a mesma intensidade as condições de trabalho representadas pelos fatores Oferta de Informações de Saúde, Participação e Ambiente Conflitante.

O fator, Oferta de Informações de Saúde, diz respeito à percepção dos participantes sobre ações gerenciais que objetivem prevenção de acidentes de trabalho e problemas de saúde ocupacional, levando ao trabalhador informações sobre os riscos existentes. Avaliando os resultados expressos na tabela 24 vê-se que 50,8% dos participantes informam que nunca ou raramente recebem informações de saúde. O dado é preocupante pois os profissionais de saúde estão expostos a vários riscos ocupacionais que podem levar a acidentes e adoecimento. Em razão dos riscos, existe a Norma Regulamentadora 32 – NR 32 – criada em 2005, que dispõe sobre as condições do trabalho em saúde. Esta norma estabelece medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, referindo-se aos riscos existentes e sua prevenção. A norma torna obrigatória a realização do Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional – PCMSO – regulamentado pela NR-07 e do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA – constante na NR-09. Contudo a norma não aborda os riscos psicossociais advindos do trabalho em saúde, que podem predispor a outros riscos, levando a acidentes e agravos (Costa, Lima, & Almeida, 2003; Elias & Navarro, 2006; Murofuse, Abranches & Napoleão, 2006).

O fator Participação traz a percepção dos participantes sobre a possibilidade de serem consultados sobre o diálogo sobre o desempenho e de opinarem sobre mudanças na organização do trabalho. A avaliação da média nesse fator é inversa aos anteriormente apresentados: quanto menor a média, menos os participantes percebem ter possibilidade de participar das decisões sobre seu trabalho e é exatamente essa condição que a Tabela aponta

[42] Sobre isto ver notícia em http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/07/21/contra-crise-na-saude-do-rn-acao-conjunta-entre-estado-e-uniao-fara-investimento-de-mais-de-r-100-mi.htm

(M=2,45). Para 76,6% dos profissionais de saúde que responderam ao instrumento de pesquisa, a possibilidade de participação é reduzida.

O fator Ambiente Conflitivo apresenta a percepção dos participantes sobre a possibilidade de ser envolvido em conflitos interpessoais e em situações que divergem de seus valores e princípios. Tanto a hierarquia da média quanto a frequência no escore das respostas no primeiro e segundo intervalos (86,6%) refletem que para eles a possibilidade de envolvimento em conflitos interpessoais e divergência de valores é muito baixa, sendo essa uma adequada condição de trabalho. Se por um lado as resposta parecem surpreender e ir de encontro ao que foi observado no contexto de pesquisa com a deflagração da greve dos técnico-educativos em educação[43], quando as reclamações e conflitos foram frequentes, por outro são bastante coerentes, mostrando que as reivindicações amplamente divulgadas pelo sindicato e na mídia não afetam a relação com colegas nos diversos níveis hierárquicos que é dos conteúdos das condições de trabalho que o item avalia. Não há também conflito de interesses percebido a partir da análise, nem na observação participante no contexto de pesquisa.

O fator Organização das Atividades revela a percepção dos participantes sobre a função gerencial. Os itens que compõe o fator dizem respeito ao funcionário ser instado a realizar tarefas desagradáveis, contraditórias ou diferentes das suas. De acordo com os dados constantes na tabela 24 a organização das atividades é percebida como adequada para a maioria dos participantes uma vez que as 78,4% das respostas encontram-se entre nunca e algumas vezes.

O fator Violência, diz respeito à amistosidade das relações sociais no trabalho e inquire os participantes sobre estarem expostos à violência física, agressões verbais, intimidações, perseguições e discriminação sexual. A média obtida (M=1,52) demonstra que os participantes consideram adequadas as condições de trabalho sob este aspecto, o que é corroborado pela a frequência de 96,6% nos dois primeiros intervalos, cujas respostas significam que o participante nunca está exposto ou está raramente exposto à violência.

O fator Discriminação Social diz respeito à percepção de estar exposto à discriminação baseadas em características pessoais (por exemplo: idade, altura, cegueira, sexo) e o quanto ações gerenciais minimizam ou não essas práticas discriminatórias. As respostas no fator mostram que os participantes da pesquisa (95,8%) não se sentem discriminados. A média

[43] Sobre isto ver notícia em http://www.reumatoguia.com.br/interna.php?cat=92&id=1152&menu=92.

(M=1,16) mais aproximada da resposta nunca no questionário confirma o dado, sendo este o último fator na hierarquia perceptual dos participantes da pesquisa.

Procurou-se verificar como os fatores do Ambiente Sociogerencial eram percebidos pelos participantes de acordo com os locais de trabalho. Os resultados estão expressos na tabela 24.

Tabela 24
Escores nos fatores do Ambiente Sociogerencial por hospital

Fatores	Local	N	Média	Desvio Padrão	*t*	Sig	Intervalos %			
							x<2	2<x<3	3<x<4	x>4
F1– Organização da atividade	HUOL	89	2,30	0,95	0,02	5,32	42,7	31,5	20,2	5,6
	HUAB	31	2,23	0,61			48,4	41,9	9,7	-
F2 – Infra-estrutura e pressão	HUOL	89	3,05	1,10	0,61	0,02	21,3	29,2	34,8	14,6
	HUAB	31	2,92	0,77			9,7	64,5	16,1	9,7
F3 – Oferta de informações de saúde	HUOL	89	2,55	1,21	2,10	0,33	43,8	19,1	24,7	12,4
	HUAB	31	2,03	1,14			71,0	9,7	12,9	6,5
F4 – Discriminação	HUOL	89	1,19	0,43	1,56	0,00	94,4	4,5	1,1	-
	HUAB	31	1,07	0,20			100,0	0,0	0,0	-
F5 – Participação	HUOL	89	2,52	0,80	1,46	0,03	33,7	39,3	24,7	2,2
	HUAB	31	2,28	0,65			32,3	54,8	12,9	-
F6 – Violência	HUOL	89	1,55	0,75	0,81	0,30	79,8	15,7	2,2	2,2
	HUAB	31	1,43	0,47			83,9	16,1	0,0	0,0
F7 – Ambiente conflitante	HUOL	89	2,21	1,10	-0,17	0,00	57,3	27,0	7,9	7,9
	HUAB	31	2,25	0,73			51,6	41,9	3,2	3,2

Com relação à Organização da Atividade, não há diferença estatisticamente significativa entre as médias dos dois hospitais. As médias mostram que apenas uma pequena parcela de profissionais nos hospitais podem organizar suas atividades. Isto, no entanto, não interfere com suas percepções de autonomia como foi visto na discussão dos processos e características do trabalho. Isto parece ser encarado como uma consequência normal do trabalho em saúde. Mas também é perceptível que no HUOL há uma possibilidade maior em se participar da organização da própria atividade que no HUAB o que foi visto também na observação participante.

O fator Infraestrutura e Pressão foi o que apresentou as maiores médias tanto no HUOL (M=3,05) como no HUAB (M=2,91). O teste *t* mostrou que há diferença estatisticamente significativa entre elas (t =0,61 para p<0,02) revelando que as percepções dos participantes sobre o fator diferem de acordo com o local de trabalho, sendo as concentrações dos escores significativos de exposição frequente maiores no HUOL (49,4%) que no HUAB (25,8%) revelando piores condições de trabalho no primeiro hospital nominado considerado

este aspecto. A observação participante corroborou o achado da análise quantitativa uma vez que as queixas relativas à pressão decorrente da infraestrutura e das condições laborais foram maiores no HUOL onde foi frequente ouvir dos funcionários o discurso de que existia o desejo de mudar de setor de trabalho não acatado pela chefia. Como exemplo pode-se citar uma fala bastante significativa:

> Eu não sei por que minha chefe não concorda em me mudar de setor se ela mesma sabe que eu poderia render mais se estivesse no setor (...). Eu só acho que é para mostrar que quem manda é ela. Ela sabe que sou graduada, que trabalho nisso lá fora e também sabe o quanto eu sofro aqui. Não aguento mais ver gente morrendo nessa droga de setor!(Entrevistado 10 – HUOL).

A pressão também foi percebida pelos profissionais do HUAB, e como no HUOL, deve-se em parte às características do trabalho em saúde. No entanto, no HUAB os funcionários em geral estão satisfeitos onde estão. Provavelmente isto se deve à autonomia já descrita anteriormente quando se tratou dos processos e características do trabalho.

Com relação ao fator Oferta de Informações de Saúde, nos dois hospitais os dados indicam que os profissionais são pouco informados. No entanto, durante a realização da coleta de dados, enquanto o questionário era aplicado nos dois hospitais, houve apresentações sobre saúde ocupacional nos dois hospitais, sendo que no HUAB, onde a frequência média no intervalo que indica pouca exposição às informações foi mais alta (71%), foi inaugurado um núcleo do SIASS com festa e presença da equipe gestora do subsistema que se deslocou Natal até lá, visto que o hospital fica em uma cidade a 126 quilômetros de distância da capital. Quando perguntados no grupo focal realizado no HUAB quais eram as ações de saúde realizadas, o grupo de participantes, todos técnicos de enfermagem, mencionaram apenas ações periciais da junta médica, desconhecendo qualquer outro tipo de intervenção. No HUOL, a fala de um dos profissionais entrevistados denota que há ações, mas, na sua percepção, não são eficazes para dar informações de saúde: “Eu soube que houve alguma coisa aí sobre a saúde, mas você sabe: não dá pra gente sair do setor! Devia ter outra forma de informar, né?” (Ent. 12 – HUOL).

A observação participante mostrou ainda, nesse fator, a dificuldade em agregar profissionais para as ações. No HUAB, no dia da inauguração do SIASS foi marcado outro evento em paralelo o que impossibilitou a participação de boa parte dos profissionais do nível superior. Os de nível médio estavam ocupados em suas atividades rotineiras e tiveram participação limitada, de modo que as informações acabaram por se concentrar na gestão. No HUOL, quando o SIASS realizou palestra informativa, houve participação muito limitada dos

profissionais de nível médio da UFRN, sendo maior dos enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas. No entanto, o auditório foi preenchido por outros técnicos administrativos e com bolsistas e voluntários técnicos de enfermagem, curiosos em aprender algo novo. O dado estatístico juntamente com a observação participante e o grupo focal realizado apontam que as ações gerenciais adotadas para ofertar informações de saúde não estão conseguindo atingir o público a que se destina, logo, não há eficácia nessas ações.

No fator Discriminação, o teste *t* mostrou que há diferença entre as médias (t=1,56 para p<0,00) sendo este o fator com as menores médias: M=1,19 no HUOL e M=1,07. Chamou atenção, no fator Discriminação, o escore médio de 100% no primeiro intervalo no HUAB que indica que o funcionário nunca é exposto a isto. Esta pesquisadora, inserida no campo durante a observação participante percebeu que realmente não há percepção de discriminação entre os funcionários mesmo quando seus postos hierárquicos são bastante distantes. Contribui para isto, provavelmente, a convivência harmoniosa durante as refeições: em um dos dias, por exemplo, um dos médicos levou uma galinha caipira numa panela que foi aquecida pelas cozinheiras e copeiras que vieram sentar com ele e comeram todos felizes num clima de algazarra. Nas refeições estão todos juntos. Não há mesa de chefias, de profissionais de nível superior. Quase todos os funcionários se conhecem há muitos anos e a convivência é mais fraterna. Outro fator contributivo é a postura de igualitarismo da direção que já se transformou em cultura pois já era adotada pelo gestor anterior, que passou muitos anos no cargo. Somando-se as duas gestões, há mais de 15 anos o hospital preza o igualitarismo. Isto não ocorre no HUOL, com a mesma equipe gestora há tempo semelhante. Lá o contexto cultural é de separação por categorias, por setores, criando castas de funcionários por percepção de importância da tarefa, por proximidade da gestão, entre outros. Isto contribui para que as pessoas se percebam mais distantes e que percebam que há discriminação, embora o escore nos intervalos que retratam isto tenha sido bastante pequeno. Uma teoria que pode explicar a percepção de discriminação e de não igualitarismo por parte dos funcionários é a Teoria da Equidade, atribuída a Stacy Adams (Robbins, 2009), segundo a qual os indivíduos avaliam a justiça relativa à sua relação de trabalho com a organização, o que tem efeitos sobre sua motivação e consequentemente sobre seu comportamento. A partir da teoria pode-se deduzir que se a relação não é igualitária, é mais presente a sensação de ser discriminado.

Os funcionários do HUAB informam participar menos que os do HUOL como mostram as médias no fator Participação, que são estatisticamente diferentes como mostra o teste t (t=1,43 para p<0,03). Esse é outro dado corroborado pela observação participante. Enquanto no HUOL quando necessário se fazem reuniões e discussões dos processos de

trabalho[44], abertas e com convite às equipes, no HUAB elas praticamente inexistem envolvendo outros profissionais fora da gestão. Cria-se um paradoxo interessante: são tão autônomos no HUAB que nem precisam participar da tomada de decisão porque eles decidem por si, em pequenos grupos. Isto cria alguns problemas gerenciais que são perceptíveis por um observador externo, mas que não são sentidos ou são não tidos como importantes pelos gestores. Assim se notou profissionais mudando escala sem avisar a ninguém, profissionais batendo o ponto eletrônico e indo embora porque o colega era quem estava dando a escala, outros assumindo uma carga horária desumana para folgar mais dias, afetando o rendimento no trabalho mas com o apoio de sua equipe de trabalho, sem que a gestão do serviço se manifestasse. Uma fala de um membro da equipe gestora nos chamou atenção no momento em que foi sugerida a realização do grupo focal no HUAB com técnicos e auxiliares de enfermagem:

> É bom mesmo que você faça porque assim a gente fica sabendo o que eles pensam das condições de trabalho. Eu sou sincera em dizer que tenho receio de conduzir esses assuntos porque eu via o nível de agressividade com que diziam as coisas ao gestor anterior. Ele era muito calmo mas eu me sinto abalada. (Entrevistado 9 – HUAB).

A Violência é outro fator com baixa informação de exposição como denotam as médias (M=1,54 no HUOL e M=1,43 no HUAB), embora que tenha havido relato na fala de um entrevistado no HUOL:

> Ela não precisava falar assim comigo. Eu sou igual a ela. Não sou menos só porque gosto da assistência (ao paciente). Aqui já ouvi de uma dessas dinossauras (se referindo a uma colega mais antiga) que sou uma auxiliar graduada porque gosto de atuar e não somente de gerenciar. Eu é que não quero ser enfermesa! (termo pejorativo usado para a enfermeira que fica só na mesa de trabalho, gerenciando o trabalho dos técnicos). (Entrevistado 18 – HUOL).

Essa situação foi bastante pontual e resultou numa conversa após um conflito no trabalho em que uma profissional recebeu uma crítica de outra. As palavras usadas por ambas denotam a violência psíquica. O clima de conflito existiu e ainda subsiste em parte por uma diferença de percepção quanto à missão do profissional de enfermagem. Essa diferença provavelmente se deveu à lacuna extensa de tempo sem que houvesse concurso para cargos do ambiente saúde da UFRN mostrando que houve mudança na formação do perfil profissional. Outra possibilidade talvez se deva ao fato de que muitas das enfermeiras mais

[44] Como por exemplo a oficina conduzida por esta pesquisadora para redefinir o fluxo dos processos da Diretoria de Apoio Assistencial.

jovens vieram do sistema privado em que as exigências de atuação eram diversas das encontradas no HUOL onde havia mais gerenciamento que intervenção assistencial.

O último fator em análise por hospitais é o Ambiente Conflitivo cujas médias por hospital são M=2,21 para o HUOL e M=2,25 para o HUAB. Embora pareçam próximas o há uma diferença estatisticamente significante entre as médias ($t = -0,17$ para $p<0,001$), sendo que os percentuais de respostas dos participantes no fator indicam que o ambiente conflitante é mais informado no HUAB que no HUOL. O dado é semelhante ao encontrado na observação participante onde se percebeu que os conflitos estão presentes e envolvem em geral disputa por lugar de trabalho e concepções sobre realização de tarefas. Um ponto a se destacar é a presença de muitos residentes e de estagiários dos cursos da saúde num hospital de pequeno porte como é o HUAB. Há, em virtude disto, muitas queixas como: "Agora tem mais gente que paciente! Não dá nem prá gente pegar no prontuário o que atrasa o nosso serviço!" (Entrevistado 5 – HUAB, referindo-se aos profissionais preceptores e residentes presentes no posto de enfermagem para realizar anotações dos seus procedimentos nos prontuários).

Outros conflitos são resultantes da visita aberta. O hospital, com sua política de humanização da assistência, abriu a visita durante todo o dia, mas a dificuldade em manter uma boa comunicação organizacional interna dificulta este procedimento. Assim a equipe assistencial esquece-se de informar quando a visita deve ser suspensa momentaneamente em determinada enfermaria ou leito para procedimento e a recepção às vezes falha no controle do acesso, entrando mais de um visitante por vez o que não é permitido.

Outro ponto conflitante no HUAB diz respeito à da ideia de qual é o papel do acompanhante dos pacientes internos. Eles não estão no hospital para assumir sozinhos determinados cuidados, mas a equipe de enfermagem muitas vezes aciona o Serviço Social ou a Psicologia para "dar um jeito na mãe porque ela não está fazendo as coisas direito". (Fala de uma funcionária solicitando uma intervenção do Serviço Social, colhida durante uma observação participante). Essas 'coisas', ou atividades, muitas vezes são da responsabilidade da enfermagem como, por exemplo, o banho no leito, que é uma técnica assistencial ou a nebulização que é administração de medicamento. Nesses casos os profissionais requisitados lembram que a finalidade do acompanhante é principalmente dar o suporte sócio-emocional ao paciente, o que se torna conflitante pela não percepção real desse papel por parte da equipe assistencial em alguns momentos. No HUOL o ambiente conflitante se dá em geral dentro das categorias profissionais e não entre elas. Em geral são conflitos que envolvem subordinação hierárquica ou posturas profissionais como o que foi usado como exemplo do fator violência.

Ao término do capítulo conclui-se que os mesmos fatores que contribuíram para a percepção de condições adequadas de trabalho na análise conjunta também se repetiram naquela por hospitais. Dentre eles o que mais impactou a percepção dos participantes da pesquisa foi o fator Estímulo à Colaboração, da dimensão dos processos e características da atividade, sendo provavelmente indutor do bem-estar. Foram fatores que influenciaram negativamente os Aspectos Psicobiológicos, da dimensão das condições físicas e materiais, sendo o segundo fator com maior média, e Infraestrutura e Pressão, da dimensão do ambiente sociogerencial, o quarto fator com maior média. Esses são aspectos que podem ser alterados pela ação dos atores sociais, minorando seu impacto sobre a saúde do trabalhador. O fator Complexidade e Responsabilidade, da dimensão dos processos e características da atividade, foi o terceiro com maiores médias, porém não é negativo ou positivo em si mesmo. Seu impacto sobre a saúde vai existir se a ele forem somados outros elementos das condições de trabalho como gerenciamento inadequado, falta de apoio social, entre outros, já que não é possível evitar a realização de tarefas complexas, nem deixar de agir com rapidez ou se eximir da responsabilidade por danos e de tomar iniciativa diante do imprevisto quando se escolhe ser profissional de saúde.

9. Avaliação da saúde psíquica dos profissionais de saúde nos hospitais da UFRN

Os resultados a seguir apresentam a saúde psíquica dos participantes da pesquisa nos hospitais da UFRN que foram campo de pesquisa. Para que fossem obtidos foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: o QSG-60 e a JAWS-12, ambos já descritos anteriormente no capítulo referente ao método, além de entrevistas informais e observações participantes nos dois hospitais. Como a pesquisadora esteve imersa no campo durante a coleta, algumas entrevistas foram demandadas pelos próprios profissionais de saúde, especialmente em dois momentos: após a morte de uma enfermeira durante um plantão no HUOL e após o acidente fatal que vitimou uma psicóloga do HUAB. Essas condições particulares fizeram emergir várias preocupações nos pesquisados e relatos de vivências que foram elucidativos para a compreensão dos dados da pesquisa quantitativa.

9.1. Saúde psíquica dos profissionais de saúde

De acordo com o manual do QSG-60 foi calculado o percentil sintomático em que o nível 1 significa que não há sintomas no fator em análise, o nível 2 indica que os sintomas estão presentes e o nível 3 indica que os sintomas causam prejuízos graves à saúde psíquica dos indivíduos para aquele fator.

O primeiro fator de saúde psíquica em análise é o *Estresse*. Nos dois hospitais foram observadas situações potencialmente estressantes típicas da rotina de profissionais de saúde. Diversos autores (Albrechet, 1990; Pitta, 1990; Pires Costa, 2001) reportam que o estresse é uma condição esperada em profissionais de saúde pelas características da tarefa assistencial que impõe o contato com os clientes e suas angústias, pelo trabalho em turnos, pelas decisões complexas sob pressão, entre outras.

Os resultados encontrados (Tabela 25) mostram que 66,6% dos profissionais de saúde da amostra apresentam sintomas de estresse, sendo que destes, 25,8% apresentam sintomas graves, implicando em comprometimento grave da saúde e 40,8% não apresentam sintomas.

Tabela 25
Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de estresse

		Estresse			Total
		Sem sintomas	Sintomáticos	Sintomas Graves	
HUOL	Nº de participantes	26	34	29	89
	% na amostra local	29,2%	38,2%	32,6%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	14	15	2	31
	% na amostra local	45,2%	48,4%	6,5%	100,0%
Total	Nº de participantes	40	49	31	120
	% do Total	33,3%	40,8%	25,8%	100,0%
Qui-quadrado	χ^2=8,416 para p= 0,015				

Alterações da saúde psíquica de profissionais de saúde são citadas na literatura. Costa (2002) encontrou um nível moderado de estresse em enfermeiros num hospital público em Natal-RN comprometendo um terço dos profissionais que faziam parte da amostra. Outro estudo realizado nos hospitais da UFRN, por Borges et al. (2005), mostrou ser a síndrome de *bournout*, decorrente do estresse laboral, endêmica nos hospitais pesquisados. Os escores inspiram cuidados, pois, se não forem estabelecidas medidas de controle, podem resultar em agravamento. Além disso, o estresse acaba tendo consequências, como baixa concentração, diminuição das defesas orgânicas (Albrechet, 1990; Pires Costa, 2002).

A Tabela 26 mostra ainda que o estresse está presente em ambos os hospitais, havendo diferenças estatisticamente significativas na distribuição das proporções entre os dois hospitais. No HUOL 70,8% dos participantes apresentam sintomas de estresse, sendo que 32,6% apresentam sintomas graves. Naquele hospital as condições se diferenciam pelo grau de complexidade da assistência. O hospital não possui atendimento de urgência como o HUAB, mas possui UTI, centro cirúrgico que atende cirurgias de alta complexidade como as cardíacas e os transplantes, além do internamento clínico que geralmente resulta em períodos prolongados de contato com os profissionais de saúde. Os profissionais relatam o estresse como parte de sua rotina: "Oi. Hoje o stress aqui está demais! Não tive tempo de parar até agora! Toda hora um (paciente) chama." (Auxiliar de enfermagem do HUOL durante minha visita às enfermarias).

No HUAB mais metade dos participantes (54,9%) apresentam sintomas de estresse, contudo apenas 6,5% apresentam a forma grave. Naquele hospital as situações estressoras reveladas na observação participante são mais pontuais, embora algumas vezes muito intensas e estão mais relacionadas com fatos como a exposição indireta à violência como em alguns

casos atendidos pelo setor de pediatria[45] e as urgências nas situações de parto[46]. Como o hospital não possui UTI, os casos de maior gravidade são transferidos para a MEJC, em Natal ou para outra unidade que disponha da vaga. Isto torna os óbitos mais raros. Os períodos de internamento costumam ter maior brevidade, em especial, na maternidade. Na pediatria existem internações recorrentes e maior envolvimento entre usuários e profissionais, gerando maior mobilização emocional. Outro fator possivelmente desencadeante do estresse é o deslocamento entre Natal e Santa Cruz: "Fico estressada só de saber que vou ter que pegar o buzão da Jardinense. Você viu o que aconteceu ontem? Menina, pegou fogo!" (Profissional de nível superior do HUAB, relatando acidente com o ônibus que faz a linha Natal – Santa Cruz).[47]

O segundo fator em análise é o Desejo de Morte que traduz o descontentamento do indivíduo com a própria vida por considerá-la inútil, sem sentido, sem perspectivas, apontando para o risco de suicídio. Os escores apresentados na Tabela 26 revelam percentuais que indicam sintomas graves de desejo de morte em proporções equivalentes nos dois hospitais.

Tabela 26
Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de desejo de morte

		Desejo de morte			
		Sem sintomas	Sintomáticos	Sintomas Graves	Total
HUOL	Nº de participantes	26	26	37	89
	% na amostra local	29,2%	29,2%	41,6%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	14	10	7	31
	% na amostra local	45,2%	32,3%	22,6%	100,0%
Total	Nº de participantes	40	49	31	120
	% do Total	33,3%	40,8%	25,8%	100,0%
Qui-quadrado	χ^2=4,087 para p= 0,13				

Escores graves nesse fator são relevantes, pois resultam em risco real de morte. Sobre isto, menciona-se a morte de uma enfermeira do HUOL em seu turno de trabalho, no período

[45] No último dia do ano de 2011, por exemplo, uma criança com internações recorrentes no HUAB, nascida no hospital e com apenas três anos de vida foi assassinada pelo pai em Santa Cruz. No dia seguinte à sua morte, a mãe da criança e uma tia da mesma, ambas com transtornos psíquicos estavam internadas para dar à luz aos seus bebês enquanto a polícia realizava buscas para prender o assassino. A situação gerou intenso desgaste emocional nos profissionais envolvidos, vários dos quais relataram o sentimento de impotência pelas sucessivas tentativas de intervenção no contexto familiar, que nas suas percepções poderia ter evitado o trágico fim criança, inclusive apelando para instâncias legais sem sucesso.

[46] Situações de risco materno e sobretudo de risco neonatal ou pediátrico são recorrentes e envolvem a falta de leitos suficientes de UTI no sistema de saúde no Rio Grande do Norte.

[47] Esse acidente foi divulgado na mídia em 24/12/2011. Foi motivo de muitos comentários e medos na equipe, que usa o transporte regularmente e em alguns casos, diariamente.

de coleta de dados da pesquisa. O trecho a seguir é uma transcrição do diário de campo contendo registros sobre o acontecimento:

> "Sábado passado R. morreu no hospital. A morte aconteceu nas dependências do Edifício Central de Internação. Era enfermeira, tinha aproximadamente 40 anos e dava seu primeiro plantão após um afastamento do trabalho para tratar de depressão, segundo contam as colegas de trabalho. As técnicas de enfermagem relataram que R. chegou para assumir o plantão falando com todo mundo mais com o olhar triste. O plantão não era seu, mas ela havia feito uma troca, segundo relatou, a pedido de uma colega. Era enfermeira. Fez suas atividades. Conferiu o carro de urgência e avisou que o lacre do mesmo estava quebrado e que faltavam duas ampolas de (...)[48]. As técnicas do setor de Transplante Renal ficaram intrigadas pois o carro havia sido checado, conferido e lacrado dias antes e nenhuma urgência havia ocorrido desde então, o que justificaria a quebra do lacre. Mas ninguém contestou a informação de R. Mais tarde ela foi a UTI e pediu mais duas ampolas de (...) dizendo que havia uma urgência nas enfermarias. Pouco tempo depois foi ao médico de plantão e solicitou a prescrição de mais duas ampolas para fazer a reposição no carro de urgência. Uma das enfermeiras da UTI tentou checar se a história era verdadeira ligando para o setor de R. e soube que faltavam as duas ampolas do carro de urgência então a história pareceu verídica. Depois R. voltou ao setor que estava supervisionando e comentou que estava se sentindo mal. Estava sudorética, enjoada, não conseguiu se alimentar direito. As técnicas sugeriram que ela fosse descansar um pouco, pois o turno estava calmo. Perto da passagem de plantão, uma das técnicas foi chamá-la para que se inteirasse das ocorrências para que pudesse passar o plantão para a enfermeira que chegaria para o turno. Chamou e ela não respondeu. Percebeu então que havia algo errado. Subiu numa cadeira e olhou pelo visor. Viu a colega deitada na cama, cianótica. Imediatamente acionou o médico de plantão, os maqueiros, e os outros enfermeiros dos outros setores. Arrombaram a porta. R. estava morta. Eu soube da história quase que imediatamente ao ocorrido. A notícia se espalhou imediatamente e uma das técnicas que havia trabalhado no turno anterior a R. e a tinha encontrado na passagem

[48] Droga utilizada na analgesia de curta duração durante o período anestésico (pré-medicação, indução e manutenção) ou quando necessário no período pós-operatório imediato (sala da recuperação); para uso como componente analgésico de anestesia geral e suplemento da anestesia regional; para administração conjunta com neuroléptico, na pré-medicação, na indução e como componente de manutenção em anestesia geral e regional; para uso como agente anestésico único com oxigênio em determinados pacientes de alto risco, como os submetidos à cirurgia cardíaca ou certos procedimentos neurológicos e ortopédicos difíceis; para administração espinhal no controle da dor pós-operatória, operação cesariana ou outra cirurgia abdominal.

> do plantão em que ela faleceu me ligou e contou. No decorrer da semana outras colegas de R. me abordaram com mais detalhes. Algumas tem certeza do suicídio, pois R. tomou um medicamento usado em anestesia. Outras acham que ela queria dormir e teve um efeito adverso. O certo é que ninguém sabe o que se passou naquele dia. Suas colegas também disseram que na segunda-feira ela iria começar a trabalhar como enfermeira de um setor no campus para se afastar do ambiente hospitalar, mas morreu antes. A perícia encontrou seringa e duas ampolas usadas e quatro outras íntegras. Contam que R. tinha histórias de tentativas de suicídio anterior." (Diário de campo HUOL em 28/08/2011).

Este acontecimento mobilizou intensamente a todos no hospital, inclusive esta pesquisadora. O acontecimento suscitou algumas reflexões dos participantes da pesquisa sobre a relação entre condições de trabalho e saúde psíquica. Uma técnica de enfermagem comentou: "Como é que uma pessoa que ficou afastada do trabalho porque tem depressão volta e vai trabalhar na mesma coisa? Só podia dar nisso aí!" (Entrevistado 26 – HUOL). Diante do comentário, outra técnica falou: "Mas o trabalho não tem nada a ver! Ela é que era perturbada mesmo." (Entrevistado 27 – HUOL). Essas profissionais de saúde discutiram por alguns minutos. Uma defendia a ideia de que o trabalho pode ser tão penoso, às vezes, que podia levar alguém a "(...) querer morrer para parar de sofrer." (Entrevistado 26 – HUOL). A outra insistia que era preciso ter uma "fraqueza na mente" e que só o trabalho não era suficiente para fazer alguém se matar. "Se fosse assim ninguém trabalhava aqui. Porque aqui o trabalho é pesado!" (Entrevistado 27 – HUOL).

O diálogo com as participantes da pesquisa citadas anteriormente levou a pesquisadora a indagar se os escores de Desejo de Morte variavam com os cargos dos indivíduos. Para explorar esta possibilidade o Qui-quadrado foi aplicado (χ^2=3,00 para p= 0,81) mostrando que esses escores se distribuíam proporcionalmente quando comparados com o cargo na amostra estudada (Tabela 27).

Tabela 27
Participantes da pesquisa por tipo de cargo e escore sintomático de desejo de morte

		Desejo de morte			
		Sem sintomas	Sintomáticos	Sintomas Graves	Total
Médico	Nº de participantes	4	5	1	10
	% na amostra	40,0%	50,0%	10,0%	100,0%
Enfermeiro	Nº de participantes	8	11	9	28
	% na amostra	28,6%	39,3%	32,1%	100,0%
Outros profissionais de nível superior	Nº de participantes	6	8	9	23
	% na amostra	26,1%	34,8%	39,1%	100,0%
Profissionais de nível médio e fundamental	Nº de participantes	22	25	12	59
	% na amostra	37,3%	42,4%	20,3%	100,0%
Total	Nº de participantes	40	49	31	120
	% do Total	33,3%	40,8%	25,8%	100,0%
Qui-quadrado	χ^2=3,00 para p= 0,81				

A desconfiança no desempenho e autoeficácia é o terceiro fator de análise do QSG-60 e diz respeito à percepção de que o indivíduo é capaz de realizar suas tarefas diárias de forma satisfatória, inclusive no trabalho. Sabe-se que as condições de trabalho influenciam a saúde do trabalhador (Mauro, Mauro, Pinheiro & Silva, 2010; Martins, 2009) e que a tecnologia pode ser um fator de auxílio na execução das tarefas. Sabe-se também que melhor qualificação profissional, inclusive de gestores, deveria significar uma adequada gestão do desempenho, do qual o *feedback* é parte integrante, sendo essencial para que o trabalhador possa se comparar aos outros julgando se é eficiente e eficaz o que contribui para sua percepção quanto ao próprio desempenho e autoeficácia. Para Bandura (2008) uma das fontes de percepção de autoeficácia de uma pessoa é a persuasão verbal, logo o *feedback* pode funcionar como um indutor desta percepção associado a outros fatores do contexto laboral.

A Tabela 28 mostra que o sintoma está presente em 65% dos participantes da pesquisa, quando somados os casos sintomáticos com sintomas graves. O teste Qui-quadrado (χ^2=12,925 para p= 0,002) foi aplicado mostrando que os escores de Desconfiança no Desempenho e Autoeficácia variavam de acordo com o local de trabalho. Verifica-se, ao examinar a Tabela 28, que apenas no HUOL se encontram sintomáticos graves (19,1% dos participantes daquele hospital). No HUAB, 58,1% dos participantes não apresentam sintomas, significando que confiam no próprio desempenho e se sentem eficazes, quando apenas 27,0% dos respondentes no HUOL tem essa percepção (Tabela 28).

Tabela 28
Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de desconfiança no desempenho e autoeficácia.

		Desconfiança no desempenho e autoeficácia			
		Sem sintomas	Sintomáticos	Sintomas Graves	Total
HUOL	Nº de participantes	24	48	17	89
	% na amostra local	27,0%	53,9%	19,1%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	18	13	0	31
	% na amostra local	58,1%	41,9%	0,0%	100,0%
Total	Nº de participantes	42	61	17	120
	% do Total	35,0%	50,8%	14,2%	100,0%
Qui-quadrado	χ^2=12,925 para p= 0,002				

Este resultado foi surpreendente pois esperava-se que os profissionais do HUOL se percebessem com mais autoeficácia posto que, como visto nos capítulos anteriores, os profissionais do HUOL são melhor qualificados e tem ao seu dispor mais aparato tecnológico para desempenhar suas atividades, realidade diferente do HUAB. O resultado encontrado corrobora com a ideia de que a não é a tecnologia disponível, nem a qualificação profissional dos participantes que influenciam a percepção do fator em análise. Indaga-se se esta percepção não está relacionada com o *feedback* sobre o desempenho. Em vários momentos da observação participante foram escutadas verbalizações de profissionais como: "...nessas horas sei que estou fazendo um bom trabalho e que meu trabalho é necessário." (Técnica de enfermagem do HUOL, comentando sobre um procedimento bem sucedido). Esse comentário retrata que esta profissional naquele momento se sentiu eficaz e que de alguma maneira obteve um retorno do resultado do seu trabalho. A hipótese é reforçada pelo resultado do HUAB (58,1% sem sintomas). Naquele hospital há um relacionamento interpessoal mais próximo entre os diversos níveis hierárquicos o que favorece o *feedback*. Na observação participante observou-se que este é dado tanto pelos supervisores quanto pelos próprios clientes assistidos que mantém com os profissionais de saúde uma relação mais próxima do que ocorre no HUOL. Acredita-se que isto decorra das características culturais da região do estado onde o HUAB se encontra.

Os profissionais de saúde, dadas as suas condições de trabalho, apresentam queixas frequentes de distúrbios do sono. Embora comprometedora da saúde física e psíquica, esta é uma condição de certa forma esperada posto que o trabalho em saúde demanda jornadas noturnas como já foi caracterizado quando foram apresentadas as condições de trabalho contratuais e jurídicas no capítulo anterior. Como discutido na literatura, essa condição afeta a

saúde dos trabalhadores (Glina, Rocha, Batista, Mendonça & Vieira, 2001). O Distúrbio do Sono é o quarto fator avaliado pelo QSG-60. A Tabela 29 evidencia que 82,5% dos participantes apresentam distúrbio do sono, se somados os sintomáticos (52,5%) e sintomáticos graves (30%) nos dois hospitais. Destes, sendo tem sintomas graves e que a ocorrência do sintoma não varia proporcionalmente de acordo com o local de trabalho (Qui-quadrado χ^2=2,028 para p=0,36).

Tabela 29
Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de distúrbio do sono

		Distúrbio do sono			
		Sem sintomas	Sintomáticos	Sintomas Graves	Total
HUOL	Nº de participantes	13	48	28	89
	% na amostra local	14,6%	53,9%	31,5%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	8	15	8	31
	% na amostra local	25,8%	48,4%	25,8%	100,0%
Total	Nº de participantes	21	63	36	120
	% do Total	17,5%	52,5%	30,0%	100,0%
Qui-quadrado	χ^2=2,028 para p=0,36				

A observação participante associada a entrevistas não estruturadas revelaram que profissionais de saúde nos dois hospitais trabalham mais horas que as regulamentadas pelo seu contrato de trabalho. Em geral, às horas deste são somadas as horas de plantão eventual. A demanda de plantões obrigatórios é a mesma para os dois hospitais em estudo e dependem da carga horária contratual, mas os plantões eventuais não seguem essa regra, sendo em maior número por profissional no HUAB que no HUOL em virtude daquele primeiro hospital dispor de menos mão de obra para cobrir sua escala de serviço. No primeiro hospital se encontraram técnicos de enfermagem, médicos e enfermeiros realizando 24 horas contínuas de serviço, somadas as horas normais previstas na escala e o plantão eventual. Quando questionados esses profissionais justificaram a distância do HUAB das suas cidades de origem e o desejo de evitar deslocamentos desnecessários. No HUOL, há um cuidado maior com a distribuição das horas normais em relação aos plantões eventuais, sendo estes também em menor número. No entanto, os funcionários do HUOL relatam mais frequentemente o duplo vínculo profissional como demonstra o trecho de entrevista informal realizada no HUOL durante a observação participante. “Trabalho aqui, na UTI do (...) e no meu consultório. Tem dias que emendo os plantões e depois, quando chego em casa, estou tão cansado que durmo mal.”

(Entrevistado 23 – Médico HUOL). Buscou-se então verificar se os escores de distúrbio do sono variavam com a frequência do trabalho em turnos. A hipótese foi rejeitada pois o Qui-quadrado foi calculado (χ^2=13,046 para p=0,11) mostrando que os escores se distribuíam proporcionalmente por distribuição de frequência do trabalho em turnos. Explorou-se então a hipótese de que os escores de distúrbio de sono poderiam variar por tipo de cargo já que médicos, enfermeiros e demais profissionais de nível médio dão plantões enquanto que os outros profissionais de nível superior, não. A hipótese foi rejeitada pois o qui-quadrado (χ^2=4,21 para p=0,65) mostrou que os escores se distribuíam proporcionalmente por tipo de cargo.

O quinto fator em análise é o referente a Distúrbios Psicossomáticos. Para Mello Filho (2002) "toda doença humana é psicossomática, já que incide num ser sempre provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente". O autor considera ainda que os processos biológicos, mentais ou físicos são simultâneos, variando apenas a maneira como se extereorizam e em sua análise, dependendo do ângulo pelo qual são avaliados. O fator distúrbios psicossomáticos reflete isto, pois indicam sintomas orgânicos de mal-estar, como dor de cabeça, fraqueza, entre outros. A Tabela 30 mostra a ocorrência de distúrbios psicossomáticos em 82,5% dos participantes da pesquisa, sendo que 30% deles têm sintomas graves. Apenas 17,5% dos participantes não apresentam sintomas. Os escores dos sintomas se distribuem proporcionalmente por local de trabalho (Qui-quadrado χ^2=2,028 para p=0,36). Para Mello Filho (2002) o sintoma psicossomático é uma expressão de sentimentos represados no inconsciente do indivíduo que se expressam no corpo. Acredita-se que é este mecanismo que leva os participantes da pesquisa a apresentarem um escore tão elevado de sintomas psicossomáticos.

Tabela 30
Participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de Distúrbio Psicossomático

		Distúrbios psicossomáticos			
		Sem sintomas	Sintomáticos	Sintomas Graves	Total
HUOL	Nº de participantes	13	48	28	89
	% na amostra local	14,6%	53,9%	31,5%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	8	15	8	31
	% na amostra local	25,8%	48,4%	25,8%	100,0%
Total	Nº de participantes	21	63	36	120
	% do Total	17,5%	52,5%	30,0%	100,0%
Qui-quadrado	χ^2=2,028 para p=0,36				

Na observação participante aliada à vivência desta pesquisadora nos anos em que foi primeiramente profissional de saúde e depois chefe de recursos humanos do HUOL, percebeu-se que nem sempre os diagnósticos das patologias reais, quando estas eram de ordem psíquica, apareciam nos atestados médicos, denotando que nesta situação os profissionais de saúde tinham dificuldades em aceitarem-se doentes. Notou-se em muitas vezes nem mesmo o atestado chegava a ser emitido, pois diante de um adoecimento o profissional antecipa-se e trocava o plantão. A observação participante mostrou que o fato continua ocorrendo como denota o relato a seguir que apresenta a dificuldade de um profissional em aceitar-se doente: "...Eu não quero o atestado. Não me sinto doente. Quero trabalhar e não entendo porque a universidade teima em me adoecer podendo me colocar em Natal, onde eu posso trabalhar sem sentir essas coisas".(Entrevistado 2 – HUAB, diante da realidade do afastamento do trabalho por problema psíquico).[49]

O sexto fator em análise é a saúde geral, constituída pelo somatório dos escores de todos os outros fatores, indicando a severidade das alterações psíquicas. Um escore correspondente a grave significa a ocorrência de sintomas psiquiátricos. A ocorrência desses sintomas nos profissionais de saúde pode resultar em situação de risco para a clientela atendida pois pode afetar o desempenho no trabalho, comprometendo o julgamento e a tomada de decisão. A Tabela 31 demonstra que mais da metade dos participantes da pesquisa apresentam comprometimento da saúde geral (69,2%) e que destes, 19,2% apresentam sintomas graves. O Qui-quadrado foi calculado (χ^2=10,99 para p=0,004) mostrando haver variação na proporção desses escores por local de trabalho.

Tabela 31
Distribuição dos participantes da pesquisa por local de trabalho e escore sintomático de saúde geral

		Saúde Geral			
		Sem sintomas	Sintomáticos	Sintomas Graves	Total
HUOL	Nº de participantes	23	43	23	89
	% na amostra local	25,8%	48,3%	25,8%	100,0%
HUAB	Nº de participantes	14	17	0	31
	% na amostra local	45,2%	54,8%	0,0%	100,0%
Total	Nº de participantes	37	60	23	120
	% do Total	30,8%	50,0%	19,2%	100,0%
Qui-quadrado	χ^2=10,99 para p=0,004				

[49] Essa profissional foi afastada pelo médico do trabalho, após perícia, durante um processo de remoção. Nos primeiros dias da licença nos procurou para relatar sua angústia em ter que parar de exercer suas atividades laborais.

No HUOL há um percentual 25,8% de profissionais de saúde com comprometimento grave da saúde psíquica, correspondente a sintomas psiquiátricos, e além destes, quase a metade dos pesquisados (48,3%) apresentam-se sintomáticos, inspirando cuidados. No HUAB o percentual de casos sintomáticos é superior a 50%, mas não existem casos graves o que denota melhor condição de saúde psíquica dos participantes HUOL. Há que se considerar que escores sintomáticos são sempre preocupantes e se não há uma ação efetiva para reduzir sua ocorrência, tendem ao agravamento. Ações que visem a qualidade de vida no trabalho podem ser uma estratégia para o enfrentamento da situação mas precisam ser adequadas ao contexto de trabalho dos profissionais de saúde para surtirem efeito.

Durante o período de observação participante a UFRN lançou um programa de qualidade de vida no trabalho e realizou algumas ações nos diversos ambientes organizacionais, inclusive no ambiente saúde no qual se incluem os hospitais em estudo. No entanto observou-se que estas ações tiveram pouco impacto nos profissionais de saúde. Alguns relataram que tiveram dificuldade de sair do seu posto de trabalho para participar e outros demonstraram desconhecer que as ações aconteciam.

9.2. Bem-estar afetivo no trabalho dos profissionais de saúde

O bem-estar afetivo dos profissionais de saúde nos hospitais da UFRN abrangeu o uso da Escala de Bem-Estar Subjetivo no Trabalho (*JAWS* 12). Os intervalos significam a frequência dos afetos positivos e negativos em relação com o comportamento no trabalho, sendo que o intervalo $x<2$ indica que o indivíduo nunca vivencia o conjunto de sentimentos do fator, $2<x<3$, que vivencia raramente, $3<x<4$ que vivencia quase sempre e $x>4$, que vivencia sempre. A Tabela 32 mostra que as maiores médias se encontram na dimensão Valência Positiva e Excitação Baixa – VPEB – demonstrando que os profissionais de saúde têm mais frequentemente sentimentos de tranquilidade, contentamento e satisfação para com o trabalho. As menores médias foram no fator Valência Negativa Excitação Alta, mostrando que os profissionais de saúde vivenciam menos sentimentos como raiva, incômodo e fúria com relação ao trabalho. O teste t mostrou que há diferença estatisticamente significativa entre as médias nos dois últimos fatores.

Tabela 32
Escores nos fatores da JAWS

Fatores	Local	N	Média	Desvio Padrão	*t*	Sig	Intervalos %			
							x<2	2<x<3	3<x<4	x>4
VPEA Afetos positivos e ativação do comportamento	HUOL	89	3,43	0,90	-0,347	0,820	7,9	31,5	43,8	16,9
	HUAB	31	3,49	0,82			3,2	35,5	48,4	12,9
	Total	120	3,45	0,88			6,7	32,5	45,0	15,8
VPEB Afetos positivos e comportamento letárgico	HUOL	89	3,59	0,91	-0,135	0,144	9,0	21,3	43,8	25,8
	HUAB	31	3,62	0,72			3,2	29,0	48,4	19,4
	Total	120	3,61	0,86			7,5	23,3	45,0	24,2
VNEA Afetos negativos e ativação do comportamento	HUOL	89	2,32	0,84	0,980	0,001	47,2	34,8	16,9	1,1
	HUAB	31	2,16	0,50			54,8	45,2	-	-
	Total	120	2,78	0,77			49,2	37,5	12,5	0,8
VNEB Afetos negativos e comportamento letárgico	HUOL	89	2,55	0,93	1,116	0,013	33,7	47,2	14,6	4,5
	HUAB	31	2,35	0,59			45,2	48,4	6,5	-
	Total	120	2,50	0,86			36,7	47,5	12,5	3,3

Na escala, valência negativa e excitação alta – VNEA – indica que o indivíduo possui afetos negativos em relação ao trabalho e manifesta isto através de comportamentos como raiva e fúria. A tabela 32 mostra que no HUOL há um percentual de participantes que quase sempre (16,9%) ou sempre (1,1%) vivencia esses sentimentos com relação ao trabalho. A análise por hospital mostra que no HUAB não há indicação de negatividade associada à ativação do comportamento, já que não há respostas nesses intervalos de frequência, o que indica possível comportamento de conformismo diante de sentimentos negativos com relação ao trabalho. No entanto, durante a observação participante no HUAB um profissional de saúde conhecido por sua irritabilidade e comportamentos de ira teve uma reação contra uma colega de trabalho, chegando a ameaçá-la. Depois disso tem se mostrado pacato e em alguns momentos, até aparenta melhora do humor. Mas os colegas agora o temem mais ainda. Uma dessas colegas de setor, num momento informal confessou:

> Eu faço qualquer coisa para (...) esquecer que eu existo! Faço todo o trabalho e deixo ele fazer só o que quer. Tenho medo que ele me agrida de verdade. Agora venho trabalhar preocupada. No dia anterior já nem consigo dormir direito, quando sei que ele estará no plantão. O engraçado é que agora ele fala comigo todo contente... (Entrevistado 15 – HUAB).

Possivelmente esse seja um exemplo do que foi explicitado anteriormente sobre a ativação de sentimentos negativos com relação ao trabalho. Ressalte-se que no HUAB sentimentos positivos e bem-estar no trabalho foram mencionados em vários momentos da observação participante. Um exemplo é a fala de uma técnica de enfermagem que havia perdido a filha num acidente automobilístico, questionada sobre a possibilidade de uma licença para que se mantivesse afastada do ambiente de trabalho carregado de lembranças, já que a filha trabalhava no hospital. Sua fala denota que o trabalho, no seu caso, ajuda a garantir sua saúde psíquica.

> Aqui me sinto bem. Saio de casa com vontade de chorar, mas aqui tenho minhas amigas, tenho as pacientes que precisam muito de mim. Aqui consigo me segurar. Acho que se ficar afastada vai ser pior. (Entrevistado 11, HUAB).

Quando existe valência negativa e excitação baixa – VNEB – como apresentou a Tabela 33, os sentimentos negativos não são capazes de provocar ativação do comportamento do sujeito, mas, nem por isso são menos danosos ao bem-estar psíquico do indivíduo que provavelmente sofre em silêncio. Mesmo assim, seus sentimentos vão repercutir no seu ambiente de trabalho já que este é tanto físico como relacional.

A posição assumida por Canguilhem (2006) e com a qual concordamos, é de que saúde é um regulador das reações dos atores sociais ao meio. Deste modo, indicadores de que a saúde psíquica está comprometida e que o bem-estar psíquico foi afetado significam que a capacidade de ajustamento dos indivíduos diminuiu e que isto afetará numa relação dialética outros atores sociais em relação com ele, seja no trabalho ou em sua vida privada. Agruparam-se, então, os participantes da pesquisa segundo a afetação de sua saúde psíquica. A análise de cluster a partir do escore fatores dos participantes no QSG-60 e na JAWS identificou 05 grupos cujos resultados estão expressos na Tabela 33. Esses agrupamentos não apresentam uma hierarquia de severidade. Traduzem como os participantes se percebem com relação à sua saúde psíquica.

Tabela 33
Agrupamentos da saúde psíquica

Agrupamentos	Descrição do grupo
Grupo1 (N=16): Pessimistas	Indivíduos apresentam sintomas graves de ordem física e psíquica, raros sentimentos positivos e frequentes sentimentos negativos com relação ao trabalho.
Grupo2 (N=22): Ambivalentes	Indivíduos que, embora apresentem sintomas graves de ordem física e psíquica, igualmente sentimentos positivos e negativos com relação ao trabalho.
Grupo3 (N=20): Somatizadores	Indivíduos que não apresentam sintomas psíquicos como estresse, desejo de morte ou desconfiança do desempenho, mas apresentam sintomas graves psicossomáticos e do sono. Há um rebaixamento dos afetos positivos e dos negativos.
Grupo4 (N=27): Depressivos	Indivíduos cujo único sintoma grave é o desejo de morte, apresentando-se sintomáticos com relação aos outros fatores do QSG-60. Esses indivíduos têm afetos positivos com relação ao trabalho, com predominância daqueles que conduzem a um comportamento letárgico, e também apresentam sentimentos negativos da mesma ordem.
Grupo5 (N=35): Otimistas	Indivíduos que não apresentam sintomas, possuem sentimentos positivos em relação ao trabalho, e raramente manifestam sentimentos negativos.

Os indivíduos do Grupo 1 – Pessimistas – apresentam predominância de sintomas depressivos e afetos negativos tanto ativadores quanto letárgicos com relação ao trabalho e não apresentam sentimentos positivos. Isto significa que esses indivíduos tanto podem sofrer em silêncio como reagir com violência, não necessariamente física, às demandas do ambiente.

Os indivíduos do Grupo 2 – Ambivalentes – tem afetos positivos em relação ao trabalho e ativação do comportamento mas também apresentam afetos negativos. Em virtude dos sentimentos negativos e positivos apresentados em relação ao trabalho esses indivíduos podem demonstrar oscilações do comportamento. Neste grupo, provavelmente em função dos sentimentos positivos, observa-se que há uma redução da gravidade do sintoma depressivo representado pelo desejo de morte.

Os indivíduos do Grupo 3 – Somatizadores – apresentam como característica comum distúrbio do sono e sintomas psicossomáticos graves e rebaixamento dos afetos positivos e negativos. A gravidade dos sintomas psicossomáticos indica que os indivíduos desse grupo provavelmente têm dificuldade de ter contato com os próprios sentimentos, sendo o sintoma psicossomático uma defesa psíquica (Winnincot, 1994-1966; Mello Filho, 2002). O distúrbio do sono grave apresentado que pode estar presente em quadros depressivos. Porém, como o sintoma de desejo de morte não está presente é mais provável que nesses indivíduos o distúrbio esteja ligado à atividade laboral, ou, que seja consequência dos sintomas psicossomáticos.

O único sintoma grave do Grupo 4 – Depressivos – é depressão, representada pelo fator Desejo de Morte do QSG-60. Nesse grupo os afetos com relação ao trabalho são

positivos e é provável que os indivíduos do Grupo 4 aparentem ser pouco reativos ao meio, dificultando a percepção aos demais de que necessita de ajuda. É importante comentar que afetos positivos com relação ao trabalho auxiliam o bem-estar, mas que o sintoma depressivo pode se revestir de muita gravidade e levar ao risco real de morte.

O Grupo 5 – Otimistas– inclui os indivíduos que apresentam frequentemente afetos positivos com relação ao trabalho e não tem sintomas detectados pelos fatores do QSG-60.

A análise dos agrupamentos representativos da saúde psíquica dos profissionais de saúde nos hospitais evidencia que os sujeitos que mantém afetos positivos em relação ao trabalho apresentam mais bem-estar e menos sintomas de agravamento da saúde que aqueles cujos afetos são negativos. Mostra também que os afetos ativadores, que levam a possibilidades de reação dos sujeitos, mesmo quando negativos, contribuem para que se adaptem melhor ao meio. Os afetos são consequência da relação do indivíduo com seu meio. Em razão disto se calculou a distribuição nos dos grupos da saúde psíquica por hospitais (Tabela 34).

Tabela 34
Grupos da saúde psíquica por hospitais

		Local HUAB-HUOL		
		HUOL	HUAB	Total
Pessimistas	Nº de participantes	16	0	16
	% no total da amostra	100,0%	0,0%	100,0%
	% por local	18,0%	0,0%	13,3%
	% doTotal	13,3%	0,0%	13,3%
Ambivalentes	Nº de participantes	21	1	22
	% no total da amostra	95,5%	4,5%	100,0%
	% por local	23,6%	3,2%	18,3%
	% doTotal	17,5%	0,8%	18,3%
Somatizadores	Nº de participantes	8	12	20
	% no total da amostra	40,0%	60,0%	100,0%
	% por local	9,0%	38,7%	16,7%
	% doTotal	6,7%	10,0%	16,7%
Depressivos	Nº de participantes	20	7	27
	% no total da amostra	74,1%	25,9%	100,0%
	% por local	22,5%	22,6%	22,5%
	% doTotal	16,7%	5,8%	22,5%
Otimistas	Nº de participantes	24	11	35
	% no total da amostra	68,6%	31,4%	100,0%
	% por local	27,0%	35,5%	29,2%
	% doTotal	20,0%	9,2%	29,2%
Total	Nº de participantes	89	31	120
	% do Total	74,2%	25,8%	100,0%

Analisando-se a distribuição total, a Tabela 34 mostra que o grupo dos Otimistas representa 29% da amostra. Os demais grupos, como já descritos, são sintomáticos. Esses grupos se distribuem proporcionalmente de maneira diferente nos dois hospitais (χ^2=23,534 para p=0,001), o que aponta existir relação com as condições de trabalho nesses ambientes organizacionais.

Ainda considerando a distribuição total assinala-se que 100% dos indivíduos Pessimistas estão no HUOL. Nesse hospital também se cocentram os indivíduos Ambivalentes (95%). Os Somatizadores estão distribuídos entre o HUOL (40%) e HUAB (60%), sendo a frequência maior neste último hospital. O HUOL concentra ainda os indivíduos Depressivos (74,1%) e os Otimistas (68,6%).

Quando cada hospital é analisado isoladamente, verifica-se que na amostra local do HUOL os Otimistas estão em maior percentual (27,0%) e os Somatizadores estão em menor percentual (9%) quando comparados com os outros grupos. No HUAB, os Somatizadores predominam (38,7%) sobre os Otimistas (35,5%). Isto denota que no contexto do HUOL há maior facilidade de expressão dos sentimentos que no HUAB. Na observação participante constatou-se que há mais mobilização dos grupos e reivindicações sobre o trabalho no HUOL. Um exemplo é a discussão sobre a adesão dos hospitais da UFRN à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares[50] – EBSERH – da qual os funcionários do HUOL vem participando ativamente. Embora se espere uma mudança significativa nas condições de trabalho para breve os profissionais do HUAB mantém-se, no geral, neutros.

A principal característica dos Somatizadores é o rebaixamento dos afetos positivos e negativos associado aos distúrbios do sono e sintomas psicossomáticos. Na observação participante percebeu-se que é comum os profissionais do HUAB trabalharem 24 horas ou mais seguidamente, sem queixas, descumprindo a legislação vigente. Em geral isto ocorre por desejo próprio e em acordo com a gerência. Este comportamento impede o funcionário de descansar as horas necessárias após um turno de trabalho comprometendo o sono, podendo ocasionar o surgimento de sintomas somáticos. Vê-se então que o contexto de trabalho afeta profundamente a saúde psíquica dos participantes da pesquisa. Estas relações serão exploradas no capítulo 10.

[50] A Adesão do HUOL à EBSERH ocorreu no dia 22 de outubro de 2012, após grande discussão em reunião do Conselho Diretor do hospital, com a presença de muitos funcionários do hospital, da Reitora da UFRN, dos Pró-Reitores de Administração e Gestão de Pessoas, de representantes do Conselho Municipal de Saúde e do SINTEST.

10. Compreensão da saúde psíquica em relação com as condições de trabalho nos hospitais da UFRN

Este capítulo parte do conceito de saúde proposto no Capítulo 5 para compreender as relações existentes entre a saúde psíquica as condições de trabalho dos participantes da pesquisa. No capítulo anterior, a saúde psíquica dos profissionais de saúde foi categorizada em cinco grupos diferentes de perfis sintomáticos e afetos com relação ao trabalho. No Capítulo 8 foi mostrado que, apesar de os dois hospitais fazem parte da mesma instituição e dos profissionais de saúde terem as mesmas condições de trabalho contratuais e jurídicas, contextualmente HUOL e HUAB são duas organizações diferentes nos aspectos das demais condições.

10.1. Saúde psíquica e condições contratuais e jurídicas

As condições contratuais e jurídicas definem o vínculo do empregado com a organização de trabalho tendo forte influência na forma como o trabalho será realizado. Nos hospitais em estudo as condições contratuais e jurídicas são semelhantes (por exemplo, regime de trabalho, tabelas de remuneração, carga horária contratual) em razão de todos os participantes terem um só empregador, o que ficou claro no Capítulo 7 e no 8. Na imersão da pesquisadora no contexto foram observadas variações entre os hospitais, a saber: a frequência dos plantões eventuais que afeta as horas efetivamente trabalhadas semanalmente e a renda. Foram então exploradas se estas variações acompanhavam as diferenças nos indicadores de saúde.

Nos dois hospitais os plantões eventuais são uma rotina, se sobrepondo à carga horária contratual, e de acordo com a observação participante são mais frequentes no HUAB que no HUOL. Examinou-se então a relação entre as horas trabalhadas semanalmente e os grupos. O Qui-quadrado (χ^2=13,650 para p=0,324) não indicou a existência de associações entre as variáveis. Da mesma forma, foram examinadas as relações entre a distribuição dos grupos e a renda (χ^2=8,484 para p=0,746), não se encontrando variações significativas nas proporções, o que significa que as condições contratuais e jurídicas são percebidas de igual modo pelos participantes da pesquisa, independentemente de exercerem suas atividades no HUOL ou no HUAB.

Como discutido no Capítulo 4 desta tese, os trabalhadores em conjunto, inseridos em um dado contexto, estabelecem interpretações de como deve ser o seu trabalho. O sindicato é uma representação coletiva que traduz os anseios da categoria. Quando avaliadas as reivindicações e bandeiras de luta do sindicato, verifica-se que estas são bastante homogêneas com relação às condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores, porém as manifestações dos grupos do HUOL e do HUAB quando observados em atuação no contexto são diferentes, como exposto anteriormente no capítulo 09. Todas essas evidências são coerentes com os pressupostos epistemológicos sobre a temática expostos no início desta tese.

10.2 Saúde psíquica e condições físicas e materiais

Para se compreender a relação entre os fatores da segunda dimensão de análise das condições de trabalho – Condições Físicas e Materiais – e os grupos, segundo a saúde psíquica dos profissionais de saúde participantes da pesquisa aplicou-se a análise de variância (ANOVA) conforme apresenta a Tabela 35. Constatou-se que as médias no fator Aspectos Psicobiológicos difere entre os grupos (F=5,190 para p=0,001) mostrando que os participantes nos grupos percebem os aspectos psicobiológicos diferentemente por grupo. Portanto, os aspectos psicobiológicos, a exigência de esforço físico e riscos de acidentes diferenciam os grupos de saúde psíquica. Dentre esses, o fator Aspectos Psicobiológicos foi o que mais contribuiu para a percepção dos riscos no trabalho.

O teste pós-hoc Bonferroni mostrou que os aspectos psicobiológicos são mais percebidos pelos Pessimistas (M=3,98; DP= 0,63), que apresentam mais sintomas graves de saúde psíquica e mais afetos negativos. Estes participantes concentram-se no HUOL (100%). O fator em análise é menos percebido pelos Otimistas, que não apresentam sintomas psíquicos e têm sentimentos positivos com relação ao trabalho e se distribuem entre HUOL (68,6%) e HUAB (31,4%), como visto no Capítulo 09. É necessário observar que a média no fator (M=3,04; DP= 0,84) se encontra num intervalo que reflete que o profissional de saúde neste grupo se sente muitas vezes exposto ao fator, sendo que a média dos Pessimistas se aproxima bastante da exposição frequente. Logo esta percepção das condições de trabalho possui bastante impacto sobre a saúde psíquica dos participantes da pesquisa, notadamente daqueles que estão no HUOL (Tabela 35).

Tabela 35
Percepção das condições físicas e materiais nos grupos de saúde psíquica

		N	Média	Desvio padrão	ANOVA
(F1) Aspectos psicobiológicos	Pessimistas	16	3,98	0,63	**F=5,190 para p<0,001**
	Ambivalentes	22	3,61	0,83	
	Somatizadores	20	3,45	0,71	
	Depressivos	27	3,13	0,79	
	Otimistas	35	3,04	0,84	
	Total	120	3,36	0,84	
(F2) Espaço de Trabalho	Pessimistas	16	2,39	0,76	F=0,449 para p=0,773
	Ambivalentes	22	2,14	0,87	
	Somatizadores	20	2,19	0,64	
	Depressivos	27	2,34	0,75	
	Otimistas	35	2,19	0,70	
	Total	120	2,24	0,74	
(F3) Aspectos físico-químicos	Pessimistas	16	2,07	0,62	F=0,706 para p=0,589
	Ambivalentes	22	1,95	0,69	
	Somatizadores	20	1,82	0,55	
	Depressivos	27	1,99	0,68	
	Otimistas	35	1,82	0,56	
	Total	120	1,92	0,60	
(F4) Exigência de esforço físico	Pessimistas	16	3,25	0,70	**F=3,096 para p=0,018**
	Ambivalentes	22	2,89	0,87	
	Somatizadores	20	2,34	0,65	
	Depressivos	27	2,91	0,80	
	Otimistas	35	2,73	0,89	
	Total	120	2,80	0,84	
(F5) Risco de acidentes	Pessimistas	16	2,39	0,86	**F=2,740 para p=0,032**
	Ambivalentes	22	1,85	0,82	
	Somatizadores	20	1,83	0,51	
	Depressivos	27	1,78	0,66	
	Otimistas	35	1,75	0,59	
	Total	120	1,88	0,70	

A Exigência de Esforço Físico foi outro fator das condições de trabalho que o teste Bonferroni apontou como percebido em níveis diferentes entre os grupos. De acordo com o mesmo teste, com relação ao fator os Pessimistas (M=3,25; DP= 0,70) percebem que o trabalho lhes exige mais esforço físico que os grupos 2, 4 e 5. Isto mostra que o trabalho é percebido como mais árduo no HUOL (100% do grupo 1) que no HUAB. Esta percepção é menor entre os Somatizadores (M=2,34; DP= 0,65) para quem o esforço físico parece ser menos percebido. Este grupo é o que apresenta mais sintomas psicossomáticos e distúrbio do sono e inibição dos afetos com relação ao trabalho, tanto positivos quanto negativos e predomina no HUAB (60%). Deste modo, pode-se dizer que apesar dos sintomas físicos e psíquicos apresentados, os profissionais do HUAB não se percebem tão expostos ao esforço físico no trabalho quanto aqueles que estão no HUOL.

Com relação ao fator Risco de Acidentes, o teste Bonferroni mostrou que os participantes percebem o risco de forma desigual, sendo maior a percepção dos Pessimistas (M=2,39; DP=0,86), localizados no HUOL, que dos Otimistas (M=1,75; DP=0,79), que também é predominante no HUOL (68,6%). Os outros fatores são percebidos de forma semelhante pelos Ambivalentes (95% no HUOL), Somatizadores (60% no HUAB) e Depressivos (74,1% no HUOL). Este é o fator com menores médias sendo que a mais alta corresponde percepção entre raras vezes e algumas vezes. Notou-se nos contextos de trabalho que o cuidado com a prevenção de acidentes é maior no HUOL que no HUAB. Se não há a percepção do risco, também vai haver menos cuidado com a prevenção.

Foi realizada uma análise de correlação entre os fenômenos estudados na dimensão das condições físicas e materiais de trabalho os indicadores de saúde psíquica cuja ANOVA mostrou haver diferenças entre as médias dos grupos. Os resultados estão expressos na Tabela 36 e auxiliam a compreender como os diversos fatores, de acordo com o contexto de trabalho, explicam a saúde psíquica dos participantes inclusos nos grupos. Note-se o papel dos afetos positivos e negativos com relação ao trabalho na percepção de saúde psíquica com relação aos fatores estudados.

Tabela 36
Correlação entre as condições físicas e materiais de trabalho e os indicadores de saúde psíquica

	F1– Aspectos psicobiológicos	F4 – Exigência de esforço físico	F5 – Risco de acidentes
Saúde Geral	0,321**	0,187*	0,141
Estresse	0,338**	0,200*	0,116
Desejo de morte	0,132	0,040	-0,065
Desconfiança do desempenho	0,282**	0,206*	0,147
Distúrbio do sono	0,167	0,067	0,106
Distúrbio psicossomático	0,372**	0,240**	0,287**
Afetos com Valência Positiva e Excitação Alta – VPEA	-0,324**	-0,117	-0,231*
Afetos com Valência Positiva e Excitação Baixa – VPEB	-0,365**	-0,149	-0,335**
Afetos com Valência Negativa e Excitação Alta – VNEA	0,353**	0,225*	0,358**
Afetos com Valência Positiva e Excitação Baixa – VNEB	0,379**	0,225*	0,282**

A Tabela 36 demonstra que a correlação moderada mais alta ocorre entre a dimensão VNEB e os Aspectos Psicobiológicos. Esses afetos não vão implicar necessariamente num comportamento ativo do indivíduo. No entanto, uma vez desencadeados esses sentimentos, eles irão repercutir nos aspectos psicobiológicos do trabalho uma vez que esses sentimentos

representam risco psicossocial no trabalho interferindo na relação do sujeito com outros de seu grupo social. Os aspectos psicobiológicos por sua vez apresentam moderada correlação com os distúrbios psicossomáticos demonstrando que o trabalho pode ser desencadeador de alterações fisiológicas produtoras de sensações de mal-estar e de perda da saúde.

10.3 Saúde psíquica e processos e características do trabalho

Na terceira dimensão das condições de trabalho – Processos e Características do Trabalho – a ANOVA demonstrou que há diferenças nas percepções dos grupos de saúde psíquica com relação ao fator Complexidade e Responsabilidade. Nos fatores Espaço de Autonomia (M=2,81; DP=0,53), Organização do Tempo (M=2,55; DP=0,62), e Estímulo à colaboração (M=3,49; DP=0,78), há homogeneidade na percepção dos participantes como mostra a Tabela 37.

Tabela 37
Percepção dos Processos e Características do Trabalho nos grupos de Saúde Psíquica

		N	Média	Desvio padrão	ANOVA
(F1) Espaço de autonomia	Pessimistas	16	2,67	0,59	F=1,377 para p=0,246
	Ambivalentes	22	2,99	0,37	
	Somatizadores	20	2,66	0,46	
	Depressivos	27	2,81	0,57	
	Otimistas	35	2,83	0,56	
	Total	120	2,81	0,53	
(F2) Complexidade e responsabilidade	Pessimistas	16	3,73	0,77	**F=1,471 para p=0,011**
	Ambivalentes	22	3,41	0,67	
	Somatizadores	20	3,31	0,64	
	Depressivos	27	3,11	0,60	
	Otimistas	35	3,08	0,63	
	Total	120	3,27	0,68	
(F3) Organização do Tempo	Pessimistas	16	2,31	0,58	F=1,523 para p=0,200
	Ambivalentes	22	2,73	0,64	
	Somatizadores	20	2,39	0,64	
	Depressivos	27	2,58	0,61	
	Otimistas	35	2,61	0,60	
	Total	120	2,55	0,62	
(F4) Estímulo à colaboração	Pessimistas	16	3,48	0,93	F=0,487 para p=0,745
	Ambivalentes	22	3,51	0,73	
	Somatizadores	20	3,64	0,85	
	Depressivos	27	3,33	0,76	
	Otimistas	35	3,52	0,74	
	Total	120	3,49	0,78	

Para se verificar como as percepções dos cinco grupos da saúde psíquica eram hierarquizadas no fator Complexidade e Responsabilidade foi aplicado o teste Bonferroni que mostrou que os Otimistas (M=2,83; DP=0,56), composto por elementos assintomáticos, com afetos positivos com relação ao trabalho e divididos entre HUOL (68,6%) e HUAB (31,4%) sentem-se confortáveis com o nível de complexidade e responsabilidade que o trabalho lhes exige, sendo esta condição avaliada como adequada, enquanto que os Pessimistas (M=2,67; DP=0,59), todos localizados no HUOL (100%), sintomáticos graves e com afetos negativos em relação ao trabalho, percebem as exigências do fator como desagradáveis ou inadequadas. Para se estabelecer que fatores estavam relacionados com esta percepção nos grupos foi feita uma análise de correlação para o fator cuja ANOVA mostrou haver diferenças entre as médias dos grupos (Tabela 38) .

Tabela 38
Correlação entre os processos e características do trabalho e os indicadores de saúde psíquica

	F2 – Complexidade e responsabilidade
Saúde Geral	0,308**
Estresse	0,320**
Desejo de morte	0,069
Desconfiança do desempenho	0,353**
Distúrbio do sono	0,107
Distúrbio psicossomático	0,302**
Afetos com Valência Positiva e Excitação Alta – VPEA	-0,287**
Afetos com Valência Positiva e Excitação Baixa – VPEB	-0,311**
Afetos com Valência Negativa e Excitação Alta – VNEA	0,392**
Afetos com Valência Positiva e Excitação Baixa – VNEB	0,342**

Embora só tenham ocorrido correlações moderadas percebe-se que entre os pesquisados a Complexidade e Responsabilidade no trabalho afeta a percepção de desempenho e autoeficácia. Este fator também se correlaciona com o estresse e a saúde geral. Pode-se então presumir pelos resultados que quanto maior a responsabilidade e complexidade da tarefa maior é o risco de adoecimento na população estudada. Este dado chamou atenção porque uma tarefa mais complexa pode ser mais rica e mais motivadora (Hezberg, 1997). Na observação participante nos dois hospitais as maiores queixas vieram de setores onde as tarefas eram mais complexas e os trabalhadores eram mais exigidos. No entanto eram também setores onde foi observado que o gerenciamento era mais falho ou então mais coercitivo. A tabela mostra ainda que a correlação mais forte (r=0,392 para p<0,001) ocorreu entre o fator Complexidade e Responsabilidade e a dimensão Valência Negativa Excitação Alta que traduz

sentimentos negativos acompanhados de ativação do sujeito mostrando que esse fator do trabalho é capaz de desencadear raiva, incômodo e fúria nesta população.

10.4 Saúde psíquica e ambiente sociogerencial

A última dimensão das condições de trabalho a ser relacionada com os escores de saúde psíquica dos participantes é o Ambiente Sociogerencial. A ANOVA foi aplicada mostrando que há diferença na maneira como os profissionais de saúde percebem os fatores Organização da Atividade, Violência e Ambiente Conflitivo, o que está expresso na Tabela 39.

Para que se pudesse conhecer como a percepção dos participantes se hierarquizava por fator de análise do ambiente sociogerencial foi aplicado o teste de Bonferroni. Este mostrou que os Pessimistas (M=2,91; DP=0,79), situados no HUOL (100%), com sintomas psíquicos graves e afetos negativos com relação ao trabalho, percebem que tem menos possibilidade de ter o controle sobre suas atividades profissionais que os Depressivos (M=1,94; DP=0,67) concentrados no HUOL (74,1%), cujo único sintoma é o desejo de morte e que tem afetos positivos e negativos com relação ao trabalho. A percepção dos Pessimistas também difere da percepção dos Otimistas (M=1,91; DP=0,68) na proporção de 68,8% no HUOL e 31,4% no HUAB, que são assintomáticos e que tem predominantemente afetos positivos com relação ao trabalho. A percepção dos Ambivalentes (M=2,53; DP=1,20), que também é predominante no HUOL (95,5%) também difere dos Otimistas, sendo que aqueles participantes também percebem ter menos autonomia para organizar sua atividades profissionais.

Outro fator cujas médias apresentaram diferenças entre os grupos foi aquele que verifica a violência no trabalho. Neste fator os Pessimistas (M=2,05; DP=1,23) percebem a exposição à violência diferentemente daqueles Depressivos (M=1,18; DP=0,32), já caracterizados anteriormente e Otimistas (M=1,52; DP=0,68). Como os Pessimistas se localizam no HUOL (100%), pode-se inferir que a percepção de que algumas vezes ocorrer violência é restrita àquele local de trabalho uma vez que as médias dos outros grupos se encontram no intervalo entre nunca e raramente (Tabela 39).

Tabela 39
Percepção do ambiente sociogerencial nos grupos de saúde psíquica

		N	Média	Desvio padrão	ANOVA
(F1) Organização da atividade	Pessimistas	16	2,91	0,79	**F=6,943 para p<0,001**
	Ambivalentes	22	2,53	1,20	
	Somatizadores	20	2,62	0,59	
	Depressivos	27	1,94	0,67	
	Otimistas	35	1,91	0,68	
	Total	120	2,28	0,88	
(F2) Infraestrutura e pressão	Pessimistas	16	3,06	1,09	F=0,677 para p=0,609
	Ambivalentes	22	3,11	1,27	
	Somatizadores	20	3,18	0,77	
	Depressivos	27	3,08	1,16	
	Otimistas	35	2,78	0,85	
	Total	120	3,01	1,03	
(F3) Oferta de informações de saúde	Pessimistas	16	2,34	1,33	F=1,618 para p=0,174
	Ambivalentes	22	2,78	1,23	
	Somatizadores	20	1,87	0,90	
	Depressivos	27	2,52	1,24	
	Otimistas	35	2,46	1,23	
	Total	120	2,42	1,21	
(F4) Discriminação	Pessimistas	16	1,11	0,28	F=1,489 para p=0,210
	Ambivalentes	22	1,32	0,61	
	Somatizadores	20	1,10	0,28	
	Depressivos	27	1,08	0,25	
	Otimistas	35	1,19	0,37	
	Total	120	1,16	0,38	
(F5) Participação	Pessimistas	16	2,50	0,48	F=1,453 para p=0,221
	Ambivalentes	22	2,76	0,96	
	Somatizadores	20	2,43	0,73	
	Depressivos	27	2,46	0,80	
	Otimistas	35	2,26	0,71	
	Total	120	2,46	0,78	
(F6) Violência	Pessimistas	16	2,05	1,23	**F=5,209 para p<0,001**
	Ambivalentes	22	1,59	0,74	
	Somatizadores	20	1,65	0,42	
	Depressivos	27	1,18	0,32	
	Otimistas	35	1,39	0,46	
	Total	120	1,52	0,68	
(F7) Ambiente Conflitivo	Pessimistas	16	2,77	1,06	**F=4,160 para p=0,003**
	Ambivalentes	22	2,39	1,30	
	Somatizadores	20	2,63	1,00	
	Depressivos	27	1,91	0,88	
	Otimistas	35	1,87	0,68	
	Total	120	2,22	1,02	

O último fator de análise das condições de trabalho é o Ambiente Conflitivo já descrito no Capítulo 8 desta tese. O Teste Bonferroni mostrou que há diferença entre como os Pessimistas (M=2,77; DP=1,06) percebem a existência de conflito no ambiente de trabalho em comparação com os Otimistas (M=1,87; DP=0,68). Para o primeiro grupo mencionado, situado no HUOL (100%) o ambiente de trabalho é mais conflituoso que para o segundo (68,8% no HUOL e 31,4% no HUAB), que percebe que raramente o conflito se manifesta. Os

demais fatores desta dimensão são percebidos homogeneamente pelos participantes nos grupos (Tabela 39).

Para ampliar esta compreensão foi analisada a correlação entre os fatores da dimensão Ambiente Sociogerencial, cuja ANOVA mostrou haver diferença entre as médias, e os fatores do QSG-60 e dimensões da JAWS-12. Os resultados estão expressos na tabela 40.

Dentre todas as dimensões das condições de trabalho analisadas esta foi a que mais demonstrou correlação com a saúde psíquica. A organização da atividade está correlacionada moderadamente e negativamente com afetos positivos em relação ao trabalho tanto com nível de ativação (r=-0,303 para p<0,001) quanto com letargia (r=-0,469 para p<0,001). Também está relacionada com afetos negativos em relação ao trabalho, tanto com valência negativa e ativação baixa (r=0,464 para p<0,001), como com valência negativa e ativação alta (r=0,437 para p<0,001). Isto significa que o impacto desse fator das condições sócio-gerenciais provocou mudanças nos afetos impactando na saúde psíquica do grupo pesquisado.

Tabela 40
Correlação entre o ambiente sociogerencial e os indicadores de saúde psíquica

	(F1) Organização da atividade	(F6) Violência	(F7) Ambiente conflitivo
Saúde Geral	0,225*	0,235**	0,204*
Estresse	0,241**	0,212*	0,214*
Desejo de morte	0,036	0,099	-0,039
Desconfiança do desempenho	0,234**	0,184*	0,231*
Distúrbio do sono	0,172	0,187*	0,153
Distúrbio psicossomático	0,260**	0,326**	0,281**
Afetos com Valência Positiva e Excitação Alta – VPEA	-0,303**	-0,330**	-0,188*
Afetos com Valência Positiva e Excitação Baixa – VPEB	-0,469**	-0,371**	-0,363**
Afetos com Valência Negativa e Excitação Alta – VNEA	0,464**	0,390**	0,522**
Afetos com Valência Positiva e Excitação Baixa – VNEB	0,437**	0,383**	0,416**

Outro fator o Ambiente Sociogerencial correlacionado com a saúde psíquica é a Violência. Este fator correlaciona-se moderadamente com os afetos positivos (r=0,390 para p<0,001) e negativos (r=0,383 para p<0,001) com relação ao trabalho mostrando que há um impacto sobre o bem-estar psíquico dos profissionais de saúde pesquisados. Estes ainda apresentam distúrbios psicossomáticos associados à exposição à violência no trabalho. Quando o fator violência foi analisado isoladamente não apresentou escores significativos, no entanto, os dados da observação participante mostraram que havia exposição à violência psíquica secundária no HUAB pelo contato com o público assistido e violência psíquica

primária no HUOL, nas relações estabelecidas no trabalho. A tabela comprova que há uma correlação moderada (r=0,326 para p<0,001) entre a violência e a ocorrência de distúrbios psicossomáticos o que significa que os pesquisados, diante da violência no trabalho tem sensação de mal-estar e de perda da saúde física. A observação participante reforça esse dado encontrado. Percebeu-se, sobretudo no HUAB, que após a ocorrência de situações encaradas como exposição à violência, aumentavam as queixas físicas dos funcionários, com relatos subjetivos como "...parece que eu levei uma surra!" (Entrevistado 9 – HUAB após resolver uma situação problemática numa visita domiciliar envolvendo maus tratos a uma criança).

Há ainda correlações entre o ambiente conflitivo e os afetos positivos e negativos no trabalho. Na análise dessa correlação ocorreu o valor mais alto (r=0,522 para p<0,001) indicando a força dos afetos negativos desencadeados pelo trabalho no grupo pesquisado e que estes afetos são incômodo, raiva e fúria, como nominados anteriormente nesta tese quando se descreveu a JAWS-12. A correlação também existe entre os afetos negativos relacionados com letargia (r=0,416 para p<0,001*)* e com afetos positivos que não provocam ativação do sujeito (r=0,363 para $p<0$,001*).* A análise da correlação entre o bem-estar afetivo e o Ambiente Conflitivo mostra ainda que afetos positivos que provocam ativação do sujeito como entusiasmo, empolgação e sensação de estar com energia nessa população não afetam a saúde psíquica no trabalho.

As alterações no ambiente sociogerencial afetam as outras dimensões das condições de trabalho. Durante a realização de uma observação participante uma funcionária do HUAB procurou o Serviço Social dizendo que alguém precisava fazer alguma coisa para impedir que A.[51] continuasse dando plantões seguidos, afirmando que a colega estava doente, se automedicando em serviço e que não deixava de vir para os plantões eventuais pela remuneração. Continuou dizendo que aquilo não podia acontecer, que sobrecarregava todo mundo, que comprometia o serviço. Foi explicado pela assistente social que esta era uma questão para a gerência resolver. Ela saiu decepcionada e deixou claro que acreditava que nada seria feito porque todos sabiam da situação e não resolviam o problema.

Nesse relato de observação evidencia-se que uma inadequação no gerenciamento resultou num descumprimento das condições contratuais e jurídicas de trabalho. Isto permitiu que uma profissional excedesse em muito suas horas de trabalho, sendo a dimensão sociogerencial afetada, repercutindo também na dimensão Processos e Organização da Atividade.

[51] A. é uma técnica de enfermagem do HUAB, cujo nome foi ocultado para impedir a identificação.

Entre os profissionais classificados como outros profissionais de nível médio na qual se incluem as categorias de auxiliares e técnicos de enfermagem há uma diferença entre as causas que comprometem as condições de trabalho e a forma de reação dos trabalhadores diante do risco psicossocial. A observação participante mostrou que no HUAB em geral os profissionais só trabalham na UFRN e não desenvolvem outras atividades fora do hospital. Assim sua sobrecarga, quando ocorre, é na própria unidade de trabalho e parece ser estabelecida consensualmente entre os atores sociais. Os laços afetivos com os colegas e a chefia são mais fortes. Esses laços promovem suporte socioemocional, mas, por outro lado, contribuem para que ocorra alteração nas condições do Ambiente Sociogerencial, dificultando o processo de gestão do trabalho. Esses laços provavelmente afetam percepção e expressão dos afetos com relação ao trabalho, pois como visto no Capítulo 9, no HUAB, predomina o grupo dos Somatizadores, cuja característica principal é o rebaixamento global dos afetos positivos e negativos resultando em sintomas somáticos e distúrbios do sono.

O HUOL é um hospital muito maior e mais complexo que o HUAB sendo as relações de trabalho mais fragmentadas. Os laços afetivos geralmente ocorrem dentro de pequenos grupos e há evidente separação entre chefias e subordinados. A expressão de sentimentos positivos e negativos está mais presente. No entanto, a força do coletivo de trabalhadores é maior, facilitando as lutas conjuntas por melhores condições de trabalho.

Neste capítulo foram relacionados os fatores das dimensões das condições de trabalho com os escores de saúde psíquica dos participantes da pesquisa. A análise mostrou que há variação nos escores sintomáticos de saúde psíquica por local de trabalho, e que a saúde psíquica sofre influência das condições laborais, sobretudo nos que diz respeito aos aspectos psicobiológicos, exigência de esforço físico e risco de acidentes, na dimensão Condições Físicas e Materiais, da complexidade e responsabilidade, avaliada na dimensão Processos e Características do Trabalho, e dos fatores Organização da Atividade, Violência e Ambiente Conflitivo, da dimensão Ambiente Sociogerencial. Não se pode afirmar que as condições de trabalho em relação com a saúde psíquica são piores em um ou outro hospital. Há manifestações igualmente graves nos dois hospitais. Como são contextos diferentes apesar de vinculados a uma mesma instituição (a UFRN) isto era esperado. Como a relação do indivíduo com seu contexto é dialética comprovou-se que quanto mais desfavoráveis as condições de trabalho, maior afetação da saúde psíquica e dos afetos com relação ao trabalho ocorreram, repercutindo novamente no ambiente de trabalho. Portanto ações de melhoria das condições de trabalho precisam ser estabelecidas para resultar no efeito inverso,

proporcionando o aumento dos afetos positivos, expressão dos afetos e a redução dos sintomas psíquicos.

11. Considerações finais

Esta tese se propôs a avaliar a relação entre saúde psíquica e condições de trabalho nos hospitais da UFRN, adotando os pressupostos epistemológicos da abordagem psicossociológica para compreender o contexto de trabalho e saúde dos trabalhadores, abordando os construtos teóricos Condições de Trabalho e Saúde Psíquica, tendo como objetivo geral avaliar a saúde psíquica em relação com as condições de trabalho de profissionais de saúde nos hospitais da UFRN.

Partiu-se da compreensão de que o trabalho é um ato voluntário e um fenômeno social, que ocorre num dado contexto sócio-histórico, possuindo materialidade sobre a qual se constitui o psiquismo. Esta materialidade se expressa nas condições em que o trabalho é realizado que pode levar a riscos psicossociais e adoecimento, mas também pode ser produtor de bem-estar psíquico. Deste modo, as condições de trabalho constituem-se num campo em que os atores sociais desempenham suas atividades. Este campo pode ser compreendido como espaço, mas também é um campo de significados dos quais o pesquisador só pode se apropriar a partir da interação com os atores sociais e do conhecimento das reflexões destes sobre seu trabalho e sua saúde psíquica. Os cinco capítulos iniciais da tese promoveram essa discussão, abordando o percurso epistemológico e teórico, os pressupostos da abordagem psicossociológica, os hospitais como organização, sua origem, classificação e inserção no sistema único de saúde, a assistência à saúde dos servidores públicos federais e as condições de trabalho considerando o contexto e as conceituações de saúde psíquica. Esta discussão permitiu concluir que não é possível avaliar a saúde psíquica dos trabalhadores sem considerar seu contexto em que estes desenvolvem suas atividades laborais. Tampouco é possível avaliar a saúde considerando que esta é afetada somente em razão das características individuais dos atores sociais. Foi proposto, então, um conceito compreensivo de saúde psíquica em relação com as condições de trabalho.

A utilização do conceito compreensivo de saúde para avaliar a saúde psíquica em relação às condições de trabalho dos participantes da pesquisa implicou assumir que era necessária uma leitura dialética da realidade estudada, com uma postura reflexiva da pesquisadora, e que seria necessário obter dados de múltiplas fontes. Esse modelo está descrito na Figura 9.

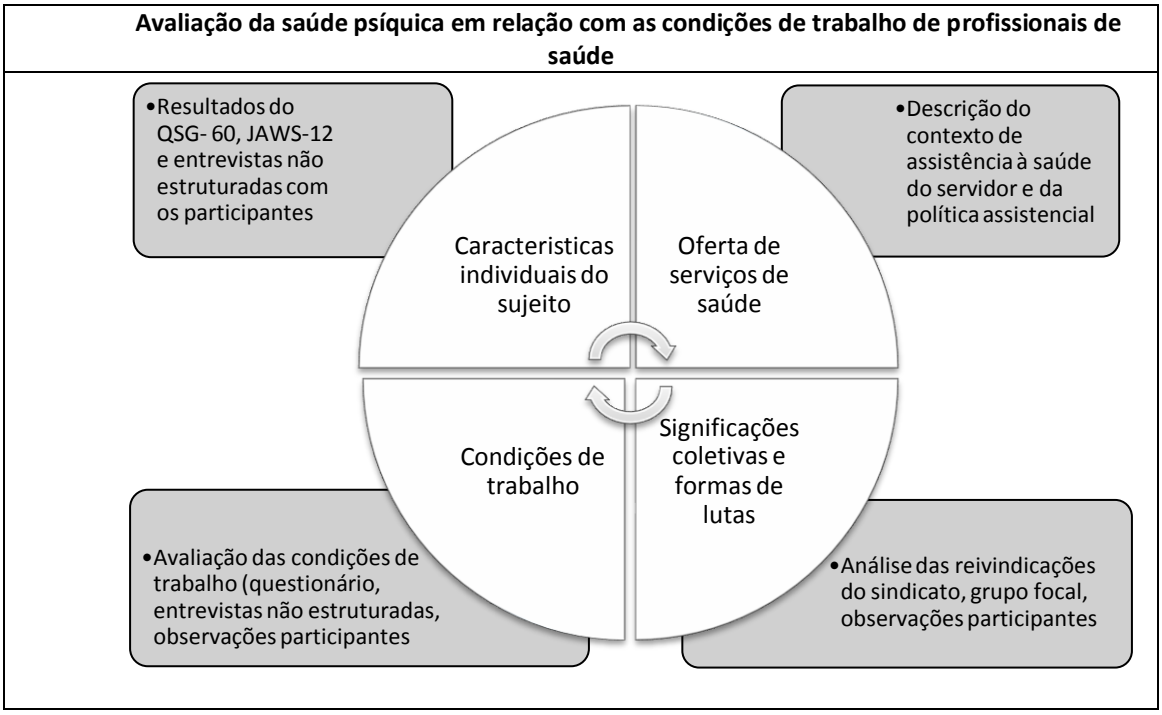

Avaliação da saúde psíquica em relação com as condições de trabalho de profissionais de saúde
•Resultados do QSG- 60, JAWS-12 e entrevistas não estruturadas com os participantes
•Descrição do contexto de assistência à saúde do servidor e da política assistencial
Caracteristicas individuais do sujeito
Oferta de serviços de saúde
Condições de trabalho
Significações coletivas e formas de lutas
•Avaliação das condições de trabalho (questionário, entrevistas não estruturadas, observações participantes
•Análise das reivindicações do sindicato, grupo focal, observações participantes

Figura 9. Modelo de avaliação da saúde psíquica dos profissionais de saúde

Para dar conta do modelo proposto, levando a consecução do objetivo geral, foi adotada a pesquisação como método, descrito no Capítulo 6. Esse método tornou necessário o uso de várias técnicas: pesquisa documental, observação participante no contexto de pesquisa, entrevistas não estruturadas, uma sessão de grupo focal, e a aplicação de um protocolo de pesquisa composto pelo questionário de condições de trabalho, pelo QSG-60 e pela JAWS-12 e por dados sociodemográficos dos participantes.

Seguindo o percurso proposto para alcançar o objetivo geral, o primeiro objetivo específico estabelecido para a tese foi descrever reflexivamente o contexto de pesquisa em que atuam os participantes da pesquisa, o que foi efetuado no capítulo 7 que apresenta os hospitais em que os profissionais de saúde atuam, atendendo um dos pressupostos da abordagem psicossociológica que é o de que a matéria precede a consciência, de forma que o contexto vai ser determinante nas significações dadas aos fenômenos pelos atores sociais. Os dois hospitais têm percursos históricos semelhantes sendo campos de atividades de ensino da UFRN e centros de assistência à saúde nas regiões onde se inserem, com destaque para o papel do HUOL como centro de referência estadual para algumas clínicas, a exemplo da Nefrologia e do HUAB como referência materno-infantil para a microrregião do Trairí. Verificou-se que o HUOL é um hospital geral de grande porte, com alto grau de diferenciação e complexidade das tarefas. Situa-se na capital do estado. O HUAB é um hospital materno-

infantil de pequeno porte, situado no interior do estado. Essas características fazem com que os dois hospitais tenham acesso a verbas para sua manutenção de forma diferenciada. O HUOL consegue pactuar serviços de média e alta complexidade mais facilmente com o SUS. O HUAB precisaria, como hospital escola, ofertar serviços de maior complexidade o que eu não é possível dadas as suas características institucionais e as características da região onde se insere. Por exemplo: grande parte dos casos atendidos na Pediatria do hospital são de gastroenterites e pneumonias, que o Ministério da saúde preconiza tratar na Estratégia de Saúde da Família, evitando a hospitalização.

Naquele capítulo também foi discutida a assistência à saúde prestada aos profissionais de saúde, servidores da instituição, pela UFRN, dentro da política do SIASS. Viu-se que há uma distância entre o que prevê a política assistencial e as práticas decorrentes desta e que o discurso do SIASS é integrador, mas as práticas não traduzem ações que permitam a adequada avaliação da saúde psíquica no trabalho por não contemplar os riscos psicossociais advindos deste, de modo satisfatório.

O segundo objetivo específico da tese consistiu em identificar as condições de trabalho dos participantes do estudo, compreendendo como as características do contexto marcam tais condições. Os resultados, expressos no capítulo 8, mostram que as condições contratuais e jurídicas são bastante semelhantes em virtude dos participantes terem um só empregador, o governo federal, sendo seus contratos regidos pelo Regime Jurídico Único dos Servidores Civis Federais, constante na Lei 8.112 de 1990. Muito embora haja essa condição comum, cada um dos hospitais campos da pesquisa possui outras características distintas que resultam em condições de trabalho diferenciadas. Por exemplo, a distribuição de horas efetivamente trabalhadas em razão dos plantões eventuais é maior no HUAB que no HUOL em virtude da maior carência de pessoal no primeiro hospital mencionado. No HUOL os funcionários também têm mais acesso à capacitação profissional em virtude da maioria dos cursos ocorrerem na capital, dificultando o acesso dos profissionais do HUAB. Deste modo o porte dos hospitais, sua complexidade e localização geográfica influenciam na forma como as condições contratuais e jurídicas se configura em cada uma das unidades hospitalares em estudo.

Com relação às condições físicas e materiais de trabalho os fatores que impactaram sobre a percepção de condições adequadas de trabalho na análise conjunta se repetiram por hospitais sendo os fatores Aspectos Psicobiológicos e Exigência de Esforço Físico os que mais impactaram sobre a avaliação que os trabalhadores fizeram do seu trabalho nesta categoria de análise quando observados os escores do questionário. No entanto como o

esforço físico é esperado no trabalho de profissionais de saúde as falas dos participantes não traduziram que este é encarado como sobrecarga.

Na dimensão dos processos e características da atividade o fator Estímulo à Colaboração, contribuiu para uma percepção positiva das condições de trabalho nos dois hospitais. O fator Complexidade e Responsabilidade não foi negativo ou positivo em si mesmo, uma vez que está associado a outras características das condições de trabalho como o porte do hospital, assistência ofertada à população e seu grau de diferenciação, que consequentemente traz exigências diferenciadas na execução das tarefas.

A análise do ambiente sociogerencial mostrou que o fator Infraestrutura e Pressão, seguido dos fatores Oferta de Informações de Saúde, Participação e Ambiente Conflitivo tiveram maior impacto na avaliação das condições de trabalho. Esses aspectos são influenciados por características do contexto como a falta de condições adequadas para a assistência em casos mais complexos no HUAB, a possibilidade de maior participação nas decisões no HUOL advinda de um maior acesso à informação. Não foram apontados conflitos entre os pares e entre níveis hierárquicos mostrando os participantes da pesquisa avaliam que este fator contribui positivamente para as condições de trabalho.

Ao se concluir o segundo objetivo específico da pesquisa encontra-se que a avaliação das condições de trabalho dos participantes revela que estas são influenciadas pelo contexto em que o trabalho é realizado como o porte do hospital, sua inserção numa região geográfica e no SUS, entre outras.

O terceiro objetivo específico foi avaliar a saúde psíquica dos participantes da pesquisa, discutindo como esse fenômeno é marcado pelo contexto de trabalho, cujos resultados estão expressos no Capítulo 9. Encontrou-se no HUOL um percentual de aproximadamente um terço dos participantes (25,8%) com sintomas psiquiátricos detectados pelo QSG-60 e 48,3% de profissionais de saúde apresentando-se sintomáticos. No HUAB, o percentual de casos sintomáticos foi superior a 50%, mas não foram verificados sintomas graves. Os escores sintomáticos são sempre preocupantes e é necessário minimizar sua ocorrência evitando o agravamento. Com relação ao bem-estar psíquico os participantes da pesquisa nos dois apresentaram mais sentimentos positivos com relação ao trabalho como tranquilidade, contentamento e satisfação. Esses profissionais de saúde vivenciam menos sentimentos como raiva, incômodo e fúria com relação ao trabalho. Foi realizada uma análise de cluster com esses resultados, sendo identificados cinco grupos que foram nominados tomando com base os afetos com relação ao trabalho para evitar que os profissionais fossem rotulados pela presença dos sintomas, uma vez que o sintoma em si não pode ser analisado

sem se considerar o contexto. Esses grupos foram nominados de Pessimistas, Ambivalentes, Somatizadores, Depressivos, Otimistas. Com exceção dos Otimistas os demais grupos apresentam alterações da saúde psíquica. Entre eles, os Pessimistas, Depressivos e Ambivalentes demonstram com maior facilidade seus afetos com relação ao trabalho, enquanto os Somatizadores têm dificuldades na expressão desses afetos. Esses resultados mostraram que os profissionais de saúde do HUOL têm mais facilidade na expressão dos afetos com relação ao trabalho que aqueles que estão no HUAB (onde os Somatizadores predominam). Nesse último hospital os laços afetivos que proporcionam apoio socioemocional são maiores, no entanto, dificultam o gerenciamento, permitindo situações que agravam a saúde como o excessivo número de horas trabalhadas, e que ferem os preceitos legais. As formas de enfrentamento coletivo das dificuldades do contexto que afetam a saúde psíquica são predominantes no HUOL, embora os laços afetivos ocorram mais em pequenos grupos dada a complexidade e grau de diferenciação dos setores do hospital.

O último dos objetivos específicos foi compreender as relações existentes entre a saúde psíquica e as condições de trabalho dos participantes da pesquisa (Capítulo 10). Evidenciou-se que havia comprometimento da saúde psíquica na forma de redução do bem-estar afetivo no trabalho, nos cinco grupos que se diferenciavam entre si por suas percepções sobre esta relação e que a saúde psíquica variava por local de trabalho, indicando a importância do contexto laboral. As relações mais importantes foram estabelecidas entre os aspectos psicobiológicos, exigência de esforço físico e risco de acidentes da dimensão condições Físicas e Materiais; complexidade e responsabilidade, na dimensão Processos e características do trabalho e; organização da atividade, violência e ambiente conflitivo na dimensão Ambiente Sociogerencia. Há manifestações graves nos dois hospitais que variam com o contexto laboral apresentado em cada um, o que era esperado.

Se considerarmos que as significações do trabalho na vida de um trabalhador são construídas coletivamente e que as relações interpessoais estabelecidas são determinantes nesse processo, podemos compreender, a partir dos resultados encontrados com as diversas técnicas utilizadas, que há risco no trabalho dos profissionais de saúde estudados. O risco é causado por múltiplos fatores que se configuram na relação dialética do trabalhador com seu contexto de trabalho do qual fazem parte as condições materiais e físicas, a organização dos processos e as relações entre os atores sociais. Portanto, a contribuição epistemológica desta tese está em evidenciar que os pressupostos da abordagem psicossociológica são adequados para a avaliação da saúde psíquica em relação das condições de trabalho de profissionais de saúde por considerarem a relação entre o contexto de trabalho e a saúde psíquica.

Teoricamente esta tese contribui ao propor um modelo da saúde psíquica de profissionais de saúde, descrito no Capítulo 5, que se presta ao entendimento do conceito de saúde de uma maneira mais ampla – não somente psíquica – permitindo avaliações em diversos contextos de vida, sejam eles laborais ou não, desde que se amplie a análise da dimensão proposta como condições de trabalho para condições de vida. Esta crença no modelo conceitual parte do pressuposto de que toda ação de saúde é uma tradução de políticas em práticas assistenciais e que estas políticas são frutos de conceitos de saúde previamente estabelecidos. Embora não se desconsidere as características individuais dos sujeitos, sabe-se que os atores sociais vão dar significados coletivos às questões que envolvem sua saúde e estabelecer formas de luta para sanar o que lhes aflige e que esta compreensão é importante para que as políticas de saúde de uma instituição, região ou país possa ser traçada. Assim, o conceito compreensivo de saúde adota um modelo em forma de círculo, para que não se esqueça da espiral dialética nem que pensar sobre a prática se traduz em novas práticas.

Uma contribuição metodológica que se espera ter efetivado com esta tese foi o uso da pesquisação como método de investigação com o uso de várias técnicas. Este método se mostrou adequado à abordagem psicossociológica de estudo das condições de trabalho em relação com a saúde psíquica de trabalhadores por permitir uma triangulação metodológica que tornou possível abordar a multidimensionalidade dos fenômenos estudados. A pesquisação também permitiu a plasticidade necessária para que se adaptasse o método ao contexto na medida em que isso se fez necessário.

Nesta discussão também vimos que a saúde psíquica deixa de ser verdadeiramente avaliada e sua relação com as condições de trabalho não tem como ser estabelecida, se não há uma linha coerente de investigação e ação institucional. Cria-se nos hospitais um espaço em que o não dito passa a falar mais sobre a saúde psíquica dos seus atores sociais do que o conteúdo que é comunicado oficialmente, posto que uma junta médica ao se deparar com um atestado somente pode avaliar parte do problema uma vez que não há como contemplar conteúdos que não lhes chegam de forma adequada. Sugere-se em decorrência do estudo o modelo cujo fluxo de processo está descrito na Figura 10.

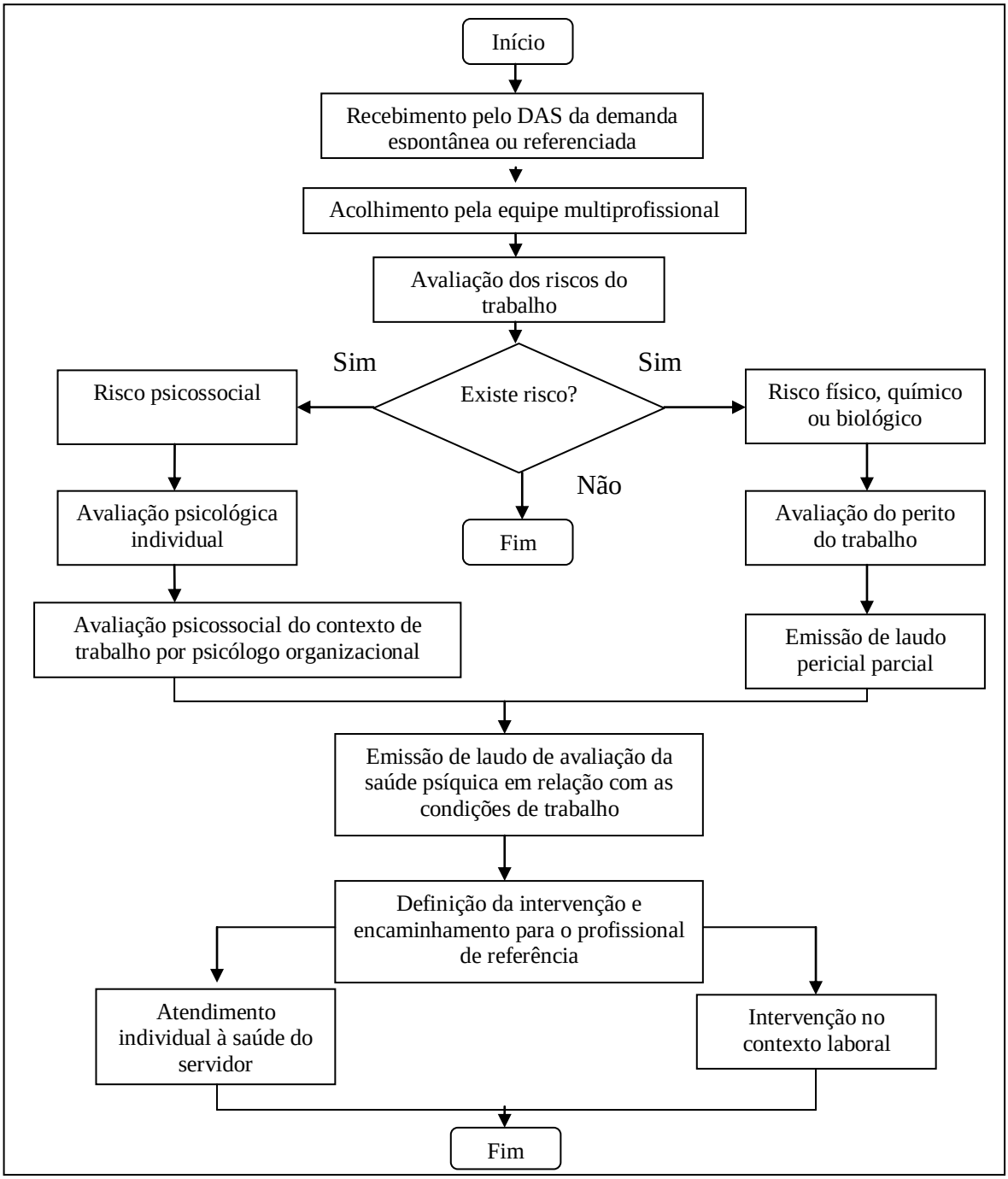

Início
Recebimento pelo DAS da demanda espontânea ou referenciada
Acolhimento pela equipe multiprofissional
Avaliação dos riscos do trabalho
Existe risco?
Sim
Sim
Não
Risco psicossocial
Risco físico, químico ou biológico
Avaliação psicológica individual
Avaliação do perito do trabalho
Fim
Avaliação psicossocial do contexto de trabalho por psicólogo organizacional
Emissão de laudo pericial parcial
Emissão de laudo de avaliação da saúde psíquica em relação com as condições de trabalho
Definição da intervenção e encaminhamento para o profissional de referência
Atendimento individual à saúde do servidor
Intervenção no contexto laboral
Fim

Figura 10. Modelo de avaliação da saúde psíquica de servidores técnico-administrativos em educação.

Por fim, registra-se que esse estudo encontrou algumas limitações para sua realização. Uma delas disse respeito à finalização da pesquisação. O longo período de greve dos servidores técnico-administrativos em educação inviabilizou a devolução dos resultados através de seminários nos hospitais com a participação dos atores sociais envolvidos na pesquisa. Na sequência do movimento grevista, a UFRN vivenciou um período bastante

conflituoso pela possibilidade da adesão dos seus hospitais universitários à gestão pela EBSERH, fato que se concretizou no mês de outubro. Foi feita uma avaliação do contexto pela pesquisadora em contato com as direções dos hospitais e tomou-se a decisão que esta etapa de pesquisa naquele momento poderia resultar em graves conflitos internos nas instituições. Como era necessário concluir a tese, optou-se por adiar a devolução para um momento oportuno em 2013. Planeja-se, como continuação da pesquisa iniciada no Doutorado, uma futura ação associada de pesquisa e extensão[52] para que possa haver uma intervenção sobre as práticas em saúde do grupo pesquisado. Entende-se que a limitação descrita não inviabilizou a realização da pesquisação que, por ser um método interativo e dialético, proporcionou reflexões no grupo pesquisado.

Outra limitação da pesquisa diz respeito à possibilidade de generalização do estudo para outras categorias uma vez que os contextos de trabalho são diferentes e que o entendimento do contexto é indissociável da compreensão de como se configura a saúde psíquica em um grupo de trabalhadores. Diante dessas limitações como futuras pesquisas sugere-se ampliar este estudo avaliando as condições de trabalho em relação com a saúde psíquica em outras categorias profissionais em contextos diversos e fazer estudos comparativos entre profissionais atuando em setores públicos e privados. Sugere-se também testar o modelo proposto para o DASS para possível validação como metodologia de análise das condições de trabalho em relação da saúde psíquica no âmbito do SIASS.

[52] A pesquisadora é docente na UFRN.

Referências

Abrahão, J. I. (1993). *Ergonomia. Modelo, Métodos e Técnicas.* Segundo Congresso Latino Americano e Sexto Seminário Brasileiro de Ergonomia. Florianópolis: Abergo/Fundacentro.

Almeida Filho, N., & Coelho, M. T. A. D. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde, 9*(2), 315-333.

Almeida Filho, N., & Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, *7*(4):879-889.

Almeida Filho, N. & Andrade, R. F. S. (2003). Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas,. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association.

Álvaro, J. L. (1995). *Psicologia social: perspectivas teóricas y metodológicas.* Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Alvaro, J. L., & Garrido, A. (2006). Ocupación y bienestar. In A. Garrido (Org.), Sociopsicología del trabajo. Barcelona: Editorial UOC.

Álvaro, J. L., Garrido, A., & Torregrossa, J. R. (2007). *Psicologia social aplicada.* Madrid: Mc-Graw Hill/Interamericana de España.

Antunes, R. (2006). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez.

Arruda, A. (1998). O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro – Negociando a diferença. In: Arruda, A. (Org.) *Representando a alteridade.* Rio de Janeiro: Vozes.

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2008). Recuperado de http://www.abpbrasil.org.br em 27 de agosto de 2008.

Azevedo C. S., Braga Neto F. C., & Sá, M. C. (2002). Indivíduos e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cadernos de Saúde Pública, 18*, 235-247.

Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. A. J. (Orgs). (2008). *Teoria Social Cognitiva, conceitos básicos.* Porto Alegre: Artmed.

Barbosa-Branco, A., Albuquerque-Oliveira, P. R., & Matheus, M. (2004). Epidemiologia das Licenças no Trabalho por Doença mental no Brasil, 1999-2002. In *1º Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho.* Anais. Recuperado em 27 de setembro de 2008 de http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos/3.pdf.

Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo.* (L. A. Reto & A. Pinheiro). Lisboa: Edições 70. (Originalmente publicado em 1977).

Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A.F. Fonseca,, A. M. D. Corbo (Org.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Bauer, M. W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In M. W. Bauer, & G. Gaskell (Org.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 343-364). Petrópolis: Vozes.

Bernard, C. (2003). An introduction to the study of experimental medicine. In *Images from the history of medicine division.* National Library of Medicine. Recuperado em 23/10/2010 de http://www.ihm.nlm.nih.gov. Publicado originalmente em 1865.

Benevides-Pereira, A. M. (2002). *Bournout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bezerra, S. O., & Duarte, M. A. D. (2005). A inserção do assistente social no Complexo Hospitalar e de Atenção a Saúde da UFRN no contexto da agudização da questão social. *Serviço social em revista*, *7*(2), 3-6, (Recuperado em 20/02/2009 de http://www.ssrevista.uel.br/c_v7n2_suely.htm.serviço.)

Blanch, J. M., Espuny, M. J., Gala, C., & Martín, A. (2003). Condiciones de Trabajo. In J. M. Blanch, M. J. Espuny, C. Gala & A. Martín, *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos* (pp. 42-44). Barcelona: Editorial UOC.

Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs, 5*, 49-68.

Borba, V. R. (1989). *Marketing hospitalar: implementação, estratégia, casos práticos*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.

Borges-Andrade, J. E, & Pagotto, C. P. O (2010). O estado da arte da pesquisa brasileira em Psicologia do Trabalho e Organizacional. *Psicologia Teoria e Pesquisa. 26* (nº especial), pp. 37-50.

Borges, L. O., Alves-Filho, A., Costa, M. T. P., & Falcão, J. T. R. (no prelo). Condições de trabalho. In P. F. Bendassolli & J. E. Borges-Andrade (Org.), *Dicionário Brasileiro de Psicologia do Trabalho e das Organizações*.

Borges, L. O, Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). A síndrome de bournout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários do RN. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(1), 189-200.

Borges, L. O., & Barbosa, S. C. (2006). *Aspectos psicossociais do trabalho dos petroleiros: dois estudos empíricos no Rio Grande do Norte.* Natal: Editora da UFRN.

Borges, L. O., Costa, M. T, Alves-Filho, A., Souza, A. L. R., & Leite, C. P. R. L. A. (submetido). Questionário de Condições de Trabalho: reelaboração e validação de construto.

Borges, L. O., Lima, A. M. S., Vilela, E. C., & Morais, S. S. G. (2004). Comprometimento no trabalho e sua sustentação no contexto e na cultura organizacional. *RAE-eletrônica, 3*(1). Recuperado em 25 de fevereiro de 2009 de http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=1878&Secao=ORGANIZA&Volume=3&Numero=1&Ano=2004>

Borges, L. O., Oliveira, A. C. F., & Morais, L. T. W. A. (2005). O exercício do papel profissional da Psicologia Organizacional e do Trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, *5*(2), 101-139.

Borges (Org). (2002). Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Braverman, H. (1980). *Trabalho e capital monopolista.* Rio de Janeiro. Zahar.

Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Originalmente publicado em 1966).

Capelle, M. C. A. (2002). Pesquisa-ação: uma proposta metodológica para investigação e intervenção nas organizações. *Anais do XXVI ENANPAD*, Salvador, 22-25/9/2002, ANPAD: cd-rom.

Cardoso, C., & Cunha, F. (1993). *Empresas e instituições: uma abordagem contemporânea.* Recife: TGI – Tecnologia Gerencial e Informática.

Castoriadis, C. (1982). A Instituição Imaginária da Sociedade. (G. Reynaud, Trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Castro, F. G. (2009). Materialismo histórico e definição de psíquico. *Psicologia e Sociedade, 21*(2), 182-192.

Chaves, S. S. S. (2007). *O bem-estar subjetivo e os valores humanos em músicos e advogados da cidade de João Pessoa.* Tese de doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

Chiavenato**,** I. (1996). *Teorias geral da administração*. São Paulo: Makron Books.

CID-10. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho.* Petrópolis: Vozes.

Codo, W. (1993). *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento: Uma Abordagem Interdisciplinar***.** Petrópolis: Vozes.

Codo, W., Sampaio, J. J., & Hitomi, a. H. (1992). *Indivíduo, trabalho e sofrimento.* Petrópolis, RJ: Vozes.

Codo, W., Soratto, L., & Menezes, I. V. (2004). Saúde Mental e Trabalho. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos, (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 276-299). Porto Alegre: Artmed.

Coelho, M. T. A. D., & Almeida Filho, N. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos, 9*(2), 315-333.

Conselho Nacional de Saúde (1996). Resolução para pesquisa envolvendo seres humanos Resolução 196/96, Brasília.

Conselho Federal de Psicologia (2000). Resolução para pesquisa com seres humanos. Resolução 016/2000, Brasília.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1989). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

Costa, J. R. A., Lima, J. V., & Almeida, P. C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista Escola de Enfermagem, 37*(3), 63-71.

Costa, M. T. (2001). Estresse em enfermeiros que exercem funções gerenciais: um estudo em um hospital geral público da cidade de Natal. Tese de Mestrado não publicada. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Cruz Neto, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1997.

Dejours, C., Dessors, F., & Desriaux, E. (1993). Por um trabalho fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas, 33*(3), 98-104.

Devereux, G. (1971). *Some Uses of Anthropology: Theoretical and Applied. Washington*. The Anthropological Society of Washington. Washington.

Durkheim, E. (1968). *As regras do método sociológico*. São Paulo: Nacional. Originalmente publicado em 1893.

Engels, F. (2008). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.* São Paulo: Boitempo Editorial. (Originalmente publicado em 1845.)

Engels, F. *Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem.* Recuperado em 15 de setembro de 2008, de http://www.culturabrasil.org/trabalhoengels.htm.

Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*(4), 514-25. (Recuperado em 14 de novembro de 2009 em: www.eerp.usp.br/rlae.)

Franco, M. A. S. (2005). Pedagogia da Pesquisa-Ação. *Educação e Pesquisa, 31*(3), 483-502.

Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In P. Rabinow & H. Dreyfus (Orgs.), *Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Ed. Forense.

Foucault, M. (1980). *Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Fontes, V. (2001). História e Verdade. In M. Chiavatta & G. Frigotto (Orgs.). *Teoria educação no labirinto do capital* (pp. 130-155). Petrópolis: Vozes.

Gabinete da Presidência da República. (1996). *Decreto nº 1.825 de 29 de fevereiro de 1996.* Recuperado em 12 de janeiro de 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1825.htm.

Gabinete da Presidência da República. (2006). *Decreto nº 5.824, de 29 de junho de 2006*. Recuperado em 12 de janeiro de 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2006/D5824.htm.

Gabinete da Presidência da República. (2006). *Decreto nº 5961 de 13 de novembro de 2006*. Recuperado em 12 de janeiro de 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5961.htm.

Gabinete da Presidência da República. (2009). *Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2006*. Recuperado em 20 de janeiro de 2010 de http://www.dji.com.br/decretos/2009-006833/2009-006833.htm.

Gabinete da Presidência da República. (2010). *Decreto nº 7.082 de 07 de janeiro de 2010*. Recuperado em 29 de janeiro de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2010/D7082.htm.

Gabinete da Presidência da República. (1938). *Decreto-Lei nº 1.713 de 30 de julho de 1938*. Fotocópia de acervo pessoal.

Gabinete da Presidência da República. (1940). *Decreto-Lei nº 2.865 de 12 de dezembro de 1940*. Fotocópia de acervo pessoal.

Gabinete da Presidência da República. (1952). *Lei nº 1.711 de 1952*. Recuperado em 20 de janeiro de 2010 de http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%201.711-1952?OpenDocument.

Gabinete da Presidência da República. (1990). *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Recuperado em 20 de janeiro de 2009 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

Gabinete da Presidência da República. (1990). *Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990*. Recuperado em 20 de janeiro de 2009 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm.

Gabinete da Presidência da República. (1992). *Lei nº 8.490 de 19 de novembro de 1992*. Recuperado em 20 de janeiro de 2010 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8490.htm.

Gabinete da Presidência da República. (2005). *Lei nº11.091, de 12 de janeiro de 2005*. Recuperado em 20 de janeiro de 2010 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L11091.htm.

Garrido, A. (Org). (2005). *Sociopsicologia del trabajo*. Barcelona: Editorial UOC.

Guerreiro Ramos, A. (1981). *A nova ciência das organizações.* São Paulo: Editora Ática.

Giddens, A. (1997). *A terceira via*. São Paulo: Record.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa.* São Paulo: Atlas.

Glik, D., & Gordon, A. (1988). A focus group methods forformativa research in child survival. An ivorianexample. *International Quarterly of Community Health Education, 8*(4), 297-315.

Glina, D. M. R., Rocha, L. E., Batista, M. L., & Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cadernos de Saúde Pública, 17*(3), 607-616. Recuperado em 12 de julho de 2012 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300015&lng=en&tlng=pt.

Gonçalves D. M., Stein A. T., & Kapczinski, F. P. (2008). Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview* for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Publica, 24*(2), 380-90.

Gonzales Rey, F. L. (2005). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Gouveia V. V., Fonseca P., Lins, S. B., & Gouveia, R. (2008). Escala de Bem-estar Afetivo no Trabalho (JAWS): evidências de validade fatorial e consistência interna. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *21*, 464-73.

Gouveia, R. S. V., Lins, Z. M. B., Lima, T. J. S., Freires, L.A. & Gomes, A. I. A. S. B. (2009). Bem-Estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista Bioética. 17*(2): p.p. 267-280. Recuperado em 19 de março de 2010 de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/166/171.

Graça, L. (1996) *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (Textos, T 1238 a T 1242).

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Durrafourg, J., & Kerguellen, A. (1991). *Comprendre le Travail Pour Le Transformer. La Pratique L'Ergonomie***.** Paris: Ed. ANACT.

Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (2003). As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova, Revista de Cultura e Política, 58*,193-224.

Harding, T. W., Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ignacio, L. L., Murthy, R. S., & Wig, N. N. (1980). Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine, 10*, 231-241.

Herzberg, F. (1997). Novamente: como se faz para motivar funcionários? In C. W. Bergamini, & R. Coda. (Orgs.), *Psicodinâmica da Vida Organizacional: Motivação e Liderança*. São Paulo: Atlas.

Hobsbawm, E. (2001). *A Era dos Extremos.* São Paulo: Companhia das Letras.

Hovik, D., Baste, V., Brandsal, E., & Moen, B. E. (2007). Associations Between Self-Reported Working Conditions and Registered Health and Safety Results. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 49*(2),139-147.

Jacques, M. G. (2007). O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia e Sociedade, 19*(número especial), 112-119.

Jackson, P. (Org.) (1999). *Virtual working: social and organizational dynamics*. London: Routledge.

Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Recuperado em 12 de março de 2010 de http://www3.interscience.wiley.com/homepages/106568753/CD008009.pdf.

Katzell, R. (1994). Contemporary meta-trends in industrial and organizacional psychology. In H. C., Triandis, M. D. Dunnete & L. M. Houg, (Orgs.), *Handbook of industrial e organizational psychology* (pp. 1-94). Califórnia: Palo Alto.

Kinzl, J. F., Knotzer, H., Traweger, C., Lederer, W., Heidegger, T., & Benzer, A. (2005). Influence of working conditions on job satisfaction in anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia, 94*(2), 211-215.

Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research in *Analls of Internal Medicine. Annals of Internal Medicine.* 88(2); p.p. 251-258. Recuperado em 23 de março de 2010 de http://annals.org/article.aspx?articleid=691789.

Konder, L. (1988). *A derrota da dialética: a recepção das idéias de Marx no Brasil, até o começo dos anos trinta.* Rio de Janeiro: Campus.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus group: a practical guide for applied research*. London: SAGE Publications.

Laplantine, F. (1988). *Aprender etnopsiquiatria.* São Paulo: Brasiliense.

Leontiev, A. (1978). *O Desenvolvimento do psiquismo.* Lisboa: Livros Horizonte.

Leriche, R. (1940). *La Chirurgie de la douleur.* Paris. Masson.

Lewin, K. (1978). *Problemas de dinâmica de grupo.* São Paulo. Editora Cultrix. (Originalmente publicado em 1948)

Lewin, K. (1965). *Teoria de Campo em Ciência Social*. São Paulo. Pioneira.

Lima Junior, J., Alchieri, J. C., & Maia, E. M. C. (2009). Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem, 43*(3), 670-676.

Lima, M. E. A. (2007). Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da segurança no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 32*(115), 99-107,

Linzer, M,, Manwejj, M. B., Willians, E. Bobula, J.A., Brown, R. L., Varkley, A. B., Man, B., McMurray, J.,& Maguirre, A. (2009). Working Conditions in Primary Care: Physician Reactions and Care Quality. *Annals of Internals Medicine, 151*(1): 28-36. Recuperado em 05 de fevereiro de 2010 de http://www.annals.org/content/151/1/28.full.pdf+html.

Loiola, E., Bastos, A., Queiroz, N., & Silva, T. (2004). Dimensões básicas de análise das organizações. Em: Zanelli, J; Andrade, J; Bastos, A. (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 91-144). Porto Alegre: Artmed.

Loizos, P. (2002). Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In M. W. Bauer & G. George (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp.137-155). Petrópolis: Vozes.

Mann, P. (1975). *Métodos de investigação sociológica.* Rio de Janeiro: Zahar.

Mari, J., & Willians, P. A. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry, 148*, 23-26.

Martins, D. S. (2002). *Custeio hospitalar por atividades: activity based costing.* São Paulo: Atlas.

Martins, M. C. A. (s/d). *Factores de risco psicossociais para a saúde mental*. Recuperado em 10 de fevereiro de 2009 em http://www.esenfviseu.pt/ficheiros/artigos/factores_risco.pdf.

Marx, K. (2008). *O capital: crítica da economia política – livro I*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira. (Originalmente publicado em 1890.)

Marx, K. (1987). *Teorias da Mais Valia.* Volume 1. São Paulo. Bertrand do Brasil. (Originalmente publicado em 1863.)

Marx, K., & Engels, F. *A ideologia alemã.* (2009). São Paulo: Boitempo Editorial. (Originalmente publicado em 1846.)

Mattos, U. A. O., Fortes, J. D. N., Shubo, A. M. R., Portela, L. F., Gómez, M. B. Tabalippa, M., & Shubo, T. (2003). Avaliação e diagnóstico das condições de trabalho em duas indústrias de baterias chumbo-ácidas no Estado do Rio de Janeiro. *Ciências e Saúde Coletiva, 8*(4), 1047-1056.

Mauro, M. Y. C., Paz, A. F., Mauro, C. C. C., Pinheiro, M. A. S., & Silva, V. G. (2010). Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Escola Anna Nery, 14*(2), 244-252. Recuperado em 20 de setembro de 2012 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200006&lng=en&tlng=pt.

McCue, J. D. (1982). The effects of stress on physicians and theirmedical practice. *New England Journal of Medicine, 306,* 458-63.

Méda, D. O. (1999). *O trabalho: um valor em vias de extinção.* Lisboa: Fim de Século

Mello Filho, J. (2002). *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. *Ciências & Saúde Coletiva, 4*, 305-29.

Mendes, R. *Patologia do Trabalho.* (1995). Rio de Janeiro: Atheneu.

Metzner, R. J., & Fischer, F. M. (2001). Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Revista de Saúde Pública*, *35*(6), 548-553.

Mezomo, J. C. (1995). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.* São Paulo: Edições Loyola.

Minayo, M. C. S. (1994). O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In P. A. Guarechi, & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em Representações Sociais* (pp. 89-111). Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C. S. (Org.). (1997). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (2006). *Portaria nº 1.675 de 06 de outubro de 2006, Anexo: Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais.* Recuperado em 28 de dezembro de 2007, de http://portal.saude.gov.br.

Ministério da Saúde. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.* Recuperado em 12 de janeiro de 2008 de http://www.portal.saúde.gov.br.

Ministério da Saúde (2001). *Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar.* Recuperado em 8 de agosto de 2008 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf.

Ministério da saúde (2001). Protocolo de Procedimentos Médico-Periciais nº 5.1

Mirshawka, V. (1999). *Hospital – Fui bem atendido! – A vez do Brasil.* São Paulo: Makron Books.

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. Nova York: Free Press.

Moreno, L. C., & Moreno, M. I. C. (2004). Violência do trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem, 57*(6), 746-749.

Morgan, G. (1996). *Imagens da Organização.* São Paulo: Atlas.

Moscovici, S. (1978). A representação social e psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar.

Motta, F. C. P. (1996). *Teoria geral da administração.* São Paulo: Pioneira.

Mozer, A. D., & Kherig, R. (2006). O Conceito de saúde e seus desdobramentos nas várias formas de atenção á saúde do trabalhador. *Fisioterapia em Movimento, 19*(4), 89-97.

Muchinsky, P. M. (1994). *Psicologia aplicada al trabajo: una introducción a la Psicología Industrial y Organizacional* (O. Maiz & M. L. Lupardo, trad.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouver.

Muchinsky, P. M. (2004). Psicologia Organizacional. São Paulo: Thomson.

Murofuse N. T., Abranches S. S., & Napoleão A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13*(2),255-261.

Nascimento, A. M. (2002). O novo âmbito do protecionismo no direito do trabalho. *Revista LTr Legislação do trabalho, 66*(8), 905-921.

Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 1*(1), 56-68.

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2004). *Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe*. Washington: Autor.

Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B. Miranda, F. J., & Ramos, A. L. M. (1994). Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 10*(3), 421-438.

Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., & Ramos, A. L. M. (1996). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg: manual técnico QSG.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pimenta, S. G. (2005). Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. *Educação e Pesquisa, 31*(3), 521-539.

Pires, D. (2000). Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem, 53,* 251-63.

Pitta, A. (1990). *Hospital dor e morte como ofício.* São Paulo. Hucitec.

North, D. (1991). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press.

Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe: Free Press.

Peiró, J.M. (1993). Desencadeantes del Estrés Laboral. Salamanca: Endema.

Peiró, J. M., & Prieto, F. (2002). *Tratado de psicología del trabajo. La actividad laboral em su contexto.* Madri: Ed. Síntesis.

Politzer, G., Besse, G., & Caveing, M. (1970). *Princípios Fundamentais da Filosofia.* São Paulo: Hemus Livraria.

Portaria Interministerial Nº 1006/MEC/MS de 27 de maio de 2004. Recuperado em 23 de março de 2010 de http://www.jusbrasil.com.br/diarios/305732/dou-secao-3-29-10-2004-pg-155.

Portaria Conjunta SRH/SOF/MP nº 1, de 29 de dezembro de 2009. Anexo: tabela com valores. Recuperado em 25 de fevereiro de 2011 de https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/legislacao/atoNormativoDetalhesPub.htm?id=7455.

Pró-Reitoria de Recursos Humanos (2002). *Contribuição ao conhecimento sobre o Perfil de Morbidade em Servidores da UFRN, a partir de dados registrados pela Junta Médica Oficial da Instituição, no período de janeiro a dezembro de 2002.* Recuperado em 12 de setembro de 2008, de http://www.prh.ufrn.br/DAS/conteudo/dhsmt/morbidade.htm.

Ramirez, A. G., & Shepperd, J. (1988). The use of focus group in health reserch. *Scandinavian Journal Primary Healthy Care, 1,* 81-90.

Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde, 16*(1), 115.

Ramos, J., Peiró, J. M., & Ripoll, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima organizacional. In J. M. Peiró & F. Prieto (Org.), *Tratado de psicología del trabajo: la actividad laboral en su contexto* (pp. 37-92). Madrid: Síntesis Psicología.

Reich,W. (1972). *Psicologia de massas do fascismo.* Rio de Janeiro: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1933.)

Reich,W. (1989). *A análise do caráter.* Rio de Janeiro. Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1932.)

Resoluções, versão final. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.* Recuperado em 15 de setembro de 2008, de http://www2.dataprev.gov.br/fap/relatfinalcnst.pdf.

Robbins, S. (2007). Comportamento Organizacional. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 11ª Ed.

Santana, V. S. (2006). Saúde do Trabalhador no Brasil: Pesquisa na Pós-Graduação. *Revista de Saúde Pública, 40*(número especial), 100-111. Recuperado em 15 de setembro de 2008, de http://www.scielo.com.br/pdf/rsp/40nsp/30629/pdf.

Sanz Yagüez, F., & López Corbalán, J. C. (1999). Abuso de sustancias psicoactivas entre los profesionales de la salud. *Revista española de anestesiología y reanimación, 46*(8), 354-8.

Saravia, E. J. (2002). Redes, organizações em rede e organizações virtuais. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão,*v. 1, n. 1, abr./jun. 2002.

Sartre, J. P., & Ferreira, V. (1961). *O existencialismo é um humanismo.* Lisboa: Editorial Presença.

Serva, M., & Jaime Jr, P. (1995). Observação participante e pesquisa em administração: uma postura antropológica. *Revista de Administração de Empresa*, *35*(1), 64-79.

Schein, E. H. (1982). *Psicologia Organizacional*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall.

Schraiber, B. L., Peduzzi, M., Sala, A., Nemes, M. I. B., Castanhera, E. L. R., & Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciências e Saúde Coletiva*, *4*, 221-42.

Silva, C. O. (2002). *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. Tese de Doutorado não publicada. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Silva, V. F., Argolo, J. C. T., & Borges, L. O. (2005). Exaustão emocional em profissionais de saúde da rede pública de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 247-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Smith, A. (1983). *A riqueza das nações:* investigação sobre sua natureza e suas causas. (L. J. Baraúna, Trad.). São Paulo: Abril Cultural. (Originalmente publicado em 1776)

Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós construcionista. *Psicologia e Sociedade, 15*(2), 18-42. Recuperado em 24 de julho de 2007 de www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2.pdf.

Srour, R. H. (2005). *Poder, cultura e ética nas organizações: o desafio das formas de gestão*. Rio de Janeiro. Elsevier.

Staples, S. D., Hulland, J. S., & Higgins, C. A. (1999). A self-efficacy theory explanation for the management of remote workers in virtual organization. *Organization Science,10*(6), 758-776

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (2009). *Portal SIASS.* Recuperado em 23 de fevereiro de 2010 de https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/index.xhtml. Autor.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (2000). *Resolução Nº 004/2000 CONSUNI*, de 28 de abril de 2000. Autor.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (2000). *Relatório Final do Projeto de Reorganização dos Serviços de Saúde da UFRN***:** grupo de trabalho instituído pela Portaria 034/00. Natal. Autor.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. (2002). *Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde-UFRN* . Autor.

Vasquez, A.S. (1977). *Filosofia da práxis.* Rio de Janeiro: Paz & Terra.

Vergara, S. C. (2005). *Métodos de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas.

World Health Organization. *World Health Organization Constitution.* (1947). Genebra: World Health Organisation. Autor.

Taylor, F. W. (2008). *Princípios de administração científica*. São Paulo: Atlas. (Originalmente publicado em 1911)

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Teiger, C. (1992). Le travail, cet obscur objet de l'érgonomie. Em: Actes du Colloque Interdisciplinaire *"Traval: Recherche et prospective"* — Thème Transversal N. 1 — Concept de Travail. CNRS, PIRTTEM, ENS de Lyon.

Terssac, G. (1995). *Le travail organisé: Faut-il repenser le travail?.* Actes du XXX Congrès de la Société d'Érgonomie de Langue Française, Biarritz.

Thiollent, M. (1996). *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez.

Tiffin, J., & McCormick, E. J. (1959). *Psicologia industrial.* México: Editorial Diana. (Originalmente publicado em 1942.)

Torres, C. P. (2001). *A Atividade nas Centrais de Atendimento: Outra Realidade, as Mesmas Queixas.* Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Brasília, Brasília. .

Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, *31*(3), 443-466.

Töyry, S., Räsänen, K., Seuri, M., Aärimaa, M., Juntunen, J., Kujala, S., & Husman K. (2004). Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, *54*(498), 44-6.

Thurow, L. (1997). *O Futuro do Capitalismo.* Como as Forças Econômicas de Hoje Moldam o Mundo do Amanhã. Rio de Janeiro: Rocco.

Vergara, S. C. (2007). *Projetos e relatórios de Pesquisa em Administração.* São Paulo: Atlas.

Warr, P. (1987). *Work, unemployment, mental health.* New York: Oxford University Press.

Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: ArtMed Editora. (Originalmente publicado em 1966).

Wisner, A (1987). *Por dentro do trabalho. Ergonomia: método e técnica.* São Paulo:
Editora FTA/Oboré.

Yakhot, O. (1975). *O que é materialismo dialético?* Lisboa: Estúdios Cor.

3ª Conferência Nacional de Saúde doTrabalhador. *Resoluções da 3ª conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: Versão final*. Recuperado em 15 de setembro de 2008 de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final.pdf

8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Recuperado em 15 de setembro de 2008 de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf.

Zanelli, J. C., & Bastos, A. V. B. (2004). Inserção profissional do psicólogo em Organizações e no Trabalho. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 466-496). Porto Alegre: Artmed.

Anexos

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

(12/10

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0128.0.051.000-10
Projeto de Pesquisa AVALIAÇÃO DA SAÚDE PSÍQUICA E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE		
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica	**Grupo**	**Fase** Não se aplica

Pesquisador Responsável

CPF	Pesquisador Responsável	
53841514472	MARIA TERESA PIRES COSTA	Assinatura

Comitê de Ética

Data de Entrega	Recebimento:	
16/09/2010	Hermany Rosa Vieira CEP/UFRN MAT. 1733734	Assinatura

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
NÚCLEO AVANÇADO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
GRUPO DE ESTUDOS DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Natal, 07 de abril 2010.

Ilmo. Sr.

_____

Diretor do Hospital _____

Vimos, por meio desta, solicitar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa intitulada *Avaliação da Saúde Psíquica e Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde nos Hospitais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, a ser realizada por mim como trabalho de conclusão de curso de Doutorado em Psicologia Social e vinculada ao Grupo de Estudos de Saúde Mental e Trabalho (GEST) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, orientada pela Profª Drª Lívia de Oliveira Borges da Universidade Federal de Minas Gerais, cujo detalhamento segue no projeto em anexo a esta correspondência.

Tal investigação tem como objetivo avaliar a saúde psíquica de trabalhadores do complexo hospitalar da UFRN em sua relação com as condições de trabalho o que possibilitará construir um banco de dados sistemático e abrangente.

A estratégia geral para viabilização da investigação proposta, delineada como pesquisa-ação, inclui contatos, visitas, observações, entrevistas e aplicação de questionários nos diversos hospitais que compõem o Complexo Hospitalar e de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os horários e dias (cronograma) de aplicação poderão ser estabelecidos entre nossos aplicadores e V. Sa. ou pessoa por V. Sa. designada de modo que haja interferência mínima na rotina da instituição.

Certos de contar com a colaboração de V.Sa., agradecemos antecipadamente, salientando que quaisquer esclarecimentos adicionais podem ser adquiridos diretamente com a pesquisadora Maria Teresa Pires Costa, coordenadora da pesquisa, no telefone (84) 9109-7774 ou 3215-3590, R. 231.

Atenciosamente,

Maria Teresa Pires Costa, Dda.
Coordenadora da pesquisa.

Autorização da instituição/organização

Nome da Organização	
Nome do dirigente responsável	Assinatura e carimbo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
NÚCLEO AVANÇADO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
GRUPO DE ESTUDOS DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa *Avaliação da Saúde Psíquica e Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde nos Hospitais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte* que é coordenada por **Maria Teresa Pires Costa.**

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura avaliar a saúde psíquica de trabalhadores do Complexo Hospitalar da UFRN em sua relação com as condições de trabalho.

Caso decida aceitar o convite, você responderá a um questionário contendo questões sobre o seu trabalho, sua saúde psíquica e sobre seus dados pessoais, excetuando-se aqueles que podem identificá-lo. Os riscos envolvidos com sua participação são: **você ser identificado como respondente**, que serão minimizados através das seguintes providências: **sua identificação não será solicitada no questionário; este termo de consentimento será arquivado em separado do questionário impossibilitando qualquer tentativa posterior de identificação**.

O resultado da pesquisa possibilitará que os participantes e gestores universitários possam refletir sobre a relação entre trabalho e saúde psíquica nos hospitais da UFRN.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. E em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para **Maria Teresa Pires Costa**, no GEST/UFRN, CCHLA, 1º andar, sala 11, Campus Universitário ou pelo telefone **3215-3590, R. 227.**

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no seguinte endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP59072-970, Natal/RN, Telefone/Fax (84)215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa *Avaliação da Saúde Psíquica e Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde nos Hospitais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.*

Nome do participante:	Assinatura:	Assinatura digital se necessário:
_____	_____	

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde
Políticas Públicas, Participação Social e Ação Coletiva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Psicologia
Grupo de Estudos em Saúde Mental e Trabalho
(GEST)

QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO

Apresentação

Este questionário é um instrumento utilizado em uma pesquisa sobre condições de trabalho. Consideramos que o mapeamento das condições de trabalho é relevante porque o conhecimento gerado pode subsidiar a implementação de ações concretas, que visem à melhoria da qualidade de vida e de trabalho dos profissionais. A sua participação, respondendo a este questionário, será importante e, desde já, agradecemos pela colaboração.

Equipe do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Trabalho- GEST/UFRN
Equipe do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde/UFMG

Natal/Belo Horizonte – 2011

Veja o verso

Ficha individual

Idade:_____	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	Tempo de trabalho:_____	Tempo no trabalho atual:_____
Profissão:_____		Hospital da UFRN em que trabalha:_____	
Sua lotação interna no hospital da UFRN onde trabalha é em: ( )Unidade do ambulatório ( )Unidade de internação			

Nível de instrução:

( ) Nunca estudou
( ) Ensino fundamental incompleto
( ) Ensino fundamental completo
( ) Ensino médio incompleto
( ) Ensino médio completo
( ) Ensino superior incompleto
( ) Ensino superior completo
( ) Pós-graduação (especialização, residência, mestrado e/ou doutorado)

Ainda estuda?
( ) Sim
( ) Não

Se sim, que curso e série:_____

Se não, com que idade parou de estudar? _____

Com que idade começou a estudar?_____

Foi estudante durante quantos anos?_____

Condições de trabalho: contratuais e jurídicas

001)Este trabalho (sobre o qual você está respondendo) é o seu único trabalho remunerado?

( ) Sim

( ) Não

Se não, quantas horas por semana trabalha em média, no(s) seu(s) outro(s) trabalho(s)?

( ) 20 horas semanais
( ) 30 horas semanais
( ) 40 horas semanais
( ) Outras. **Se outra, especifique**:_____horas semanais
( ) Não se aplica

002) Você é, principalmente...

( ) Autônomo

002.1) Se autônomo, você é:

( ) Autônomo sem empregado
( ) Autônomo com empregado
( ) Autônomo com contrato de prestação de serviço sem empregado
( ) Autônomo com contrato de prestação de serviço com empregados

( ) Empregado

002.2) Se empregado, você está empregado em?

( ) Empresas e organizações públicas
( ) Empresas e organizações privadas
( ) Organizações sem fins lucrativos (por ex: ONG´s, fundações e cooperativas)

002.3) Se empregado, seu contrato é:

( ) Sem carteira de trabalho assinada
( ) Com carteira de trabalho assinada e temporário
( ) Com carteira de trabalho assinada por tempo indeterminado
( ) Com carteira assinada por período de experiência
( ) Estatutário

003) Se você é empregado, qual a sua condição em relação a empresa?

( ) Você é efetivamente empregado na empresa onde seu trabalho se realiza

( ) Você é empregado de uma empresa terceirizada

004) Se você é empregado, qual é a principal atividade da empresa ou organização onde trabalha?

_____ ( ) Não se aplica

005) Seu contrato de trabalho aqui determina uma jornada de trabalho de quantas horas semanais?

( ) 20 horas semanais
( ) 30 horas semanais
( ) 40 horas semanais
( ) 44 horas semanais
( ) Outras. Especifique:_____horas
( ) Não se aplica

006) E na prática, quantas horas você trabalha normalmente por semana aqui?

( ) 20 horas semanais
( ) 30 horas semanais
( ) 40 horas semanais
( ) 44 horas semanais
( ) Outras. Especifique:_____horas

007) Normalmente, quantos dias por semana você trabalha aqui?_____ dias por semana

008) Normalmente, quantas vezes por mês trabalha durante a noite (pelo menos 2 horas entre as 10 horas da noite e às 5 horas da manhã)?

_____noites por mês ( ) Nunca

009) Quantas vezes por mês (em média) trabalha aos domingos?

_____ domingos por mês ( ) Nunca

010) Gostaria de trabalhar ... ?

( ) 44 horas semanais
( ) 40 horas semanais
( ) 30 horas semanais
( ) 20 horas semanais
( ) Outro. Especifique: _____

010.1) Essa quantidade de horas de trabalho de minha preferência representa:

( ) Mais horas que no momento
( ) A mesma quantidade de horas que atualmente
( ) Menos horas que atualmente

011) No total, quantos minutos por dia demora normalmente no percurso de casa para o trabalho e do trabalho para casa (soma)? _____ minutos ( ) Trabalho onde moro

012) Com relação às suas férias e descanso semanal (pode marcar mais de uma alternativa):

( ) goza férias anualmente
( ) recebe os adicionais de férias
( ) semanalmente conta com ao menos um dia de descanso/lazer
( ) vende uma parte das férias
( ) vende anualmente as férias completa

013) Com relação aos benefícios, o seu trabalho lhe proporciona (pode marcar mais de uma alternativa):

( ) previdência social
( ) plano de saúde ou auxílio saúde
( ) vale-alimentação ou auxílio-alimentação
( ) vale-transporte ou auxílio-transporte
( ) licença para se capacitar sem suspensão do seu salário
( ) creche ou auxílio-creche
( ) incentivo financeiro para estudar
( ) custeio total ou parcial de cursos
( ) outros. Quais?_____
_____

014) Você trabalha ... ?	**Nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Muitas vezes**	**Sempre**
014.1) o mesmo número de horas todos os dias					
014.2) o mesmo número de dias todas as semanas					
014.3) com horários fixos de entrada e de saída					
014.4) por turnos ou escala					

Veja o verso

015) Quanto você ganha por mês?

( ) Menos de R$ 560,00
( ) De R$ 560,00 a R$ 900,00
( ) De R$ 900,00 a R$ 1.200,00
( ) De R$ 1.200,00 a R$ 1.800,00
( ) De R$ 1.800,00 a R$ 2.400,00
( ) De R$ 2.400,00 a R$ 3.000,00
( ) De R$ 3.000,00 a R$ 3.600,00
( ) De R$ 3.600,00 a R$ 4.200,00
( ) De R$ 4.200,00 a R$ 5.400,00
( )De R$ 5.400,00 a R$ 6.600,00
( )De R$ 6.600,00 a R$ 9.000,00
( )De R$ 9.000,00 a R$ 11.400,00
( )De R$ 11.400,00 a R$ 14.000,00
( ) Acima de R$ 14.000,00

016) O que você ganha é:

( ) A única renda de sua família
( ) Quase a totalidade da renda familiar
( ) Aproximadamente a metade da renda familiar
( ) Uma parcela pequena da renda da família

017) O que você ganha é [PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**]:**

( ) salário fixo
( ) comissão por desempenho ou produção fixa
( ) comissão por produção variável
( ) horas extraordinárias
( ) participação em lucro
( ) apenas de acordo com sua produção

018) Se você é empregado, você recebe seu pagamento:

( ) Diariamente
( ) Semanalmente
( ) Mensalmente
( ) Anualmente
( ) Outros. Especifique: _____
_____
_____
( ) Não aplicável

Condições de trabalho: físicas e materiais

Utilizando a seguinte escala (de 'Nunca' a 'Todo o tempo'), responda cada item, marcando com X:

019)Quanto você se expõe às condições de trabalho abaixo?	**Nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Muitas vezes**	**Todo o tempo**	**Não se aplica**
019.1) Vibrações provocadas por instrumentos manuais, máquinas, etc..						
019.2) Ruídos tão fortes que obrigam a levantar a voz para falar com as pessoas						
019.3) Calor desconfortável						
019.4) Frio desconfortável						
019.5) Fumaça (como fumaça de soldas ou de canos de escape), pó (como pó de madeira, de algodão) ou poeiras (como poeira de cimento, de barro), etc.						
019.6) Inalação de vapores (tais como de solventes, diluentes e/ou inseticidas)						
019.7) Manuseio ou contato da pele com produtos ou substâncias químicas						
019.8) Radiações, raio x, radioatividade, luz de soldadura, raios laser						
019.9) Fumaça de cigarro de outras pessoas						
019.10) Manuseio ou contato direto com materiais que podem transmitir doenças infecciosas (tais como lixo, dejetos, sangue , fluidos corporais, materiais de laboratório,						
019.11) Exposição prolongada ao sol						
019.12) Mudança brusca de temperatura						
019.13) Excesso de umidade						
019.14) Iluminação insuficiente						

019)Quanto você se expõe às condições de trabalho abaixo?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
019.15) Iluminação excessiva						
019.16) Acidentes físicos (desabamentos, quedas de materiais, etc.)						
019.17) Acidentes com ferramentas, instrumentos e maquinários						
019.18) Falta de higiene no local de trabalho						
019.19) Contato com pessoas com doenças infecto-contagiosas						
019.20) Situações que podem desenvolver doenças ocupacionais						
019.21) Exigências psíquicas estressantes						
019.22) Riscos de pequenos acidentes de trabalho						
019.23) Riscos de acidentes de trabalho incapacitantes						
019.24) Riscos de acidentes de trabalho fatais						
019.25) Riscos de acidentes no trânsito						
019.26) Agravo de doenças que você contraiu por razões diversas						
019.27) Posições dolorosas ou fatigantes						
019.28) Levantar ou deslocar pessoas						
019.29) Transportar ou deslocar cargas pesadas						
019.30) Operar máquinas e ferramentas que lhes exigem acentuado esforço físico						
019.31) Usar máquinas, equipamentos e/ou ferramentas com defeitos						
019.32) Ficar de pé ou andar						
019.33) Movimentos repetitivos da mão ou do braço						
019.34) Repetir movimentos em intervalos menores que dez minutos						
019.35) Repetir movimentos em intervalos de menos de um minuto						
019.36) Trabalhar nas instalações da empresa/organização						
019.37) Trabalhar fora da empresa/organização, a partir de sua casa com um computador						
019.38) Trabalhar em casa, excluindo o trabalho fora da empresa/organização com computador						
019.39) Trabalhar noutros locais que não sejam a sua casa ou instalações da empresa/organização, como por ex.: nas instalações de clientes, em viagem						
019.40) Estar em contato direto com pessoas que não são empregadas no seu local de trabalho, por exemplo, clientes, passageiros, alunos, doentes, etc.						
019.41) Trabalhar com computadores: Computadores pessoais, rede de dados, servidor						
019.42) Uso da Internet /e-mail para fins profissionais						
019.43) Usar vestuário ou equipamento pessoal de proteção						
019.44) Trabalhar em vias públicas (na rua)						

Veja o verso

Condições de trabalho: processos e características de trabalho

020) Utilizando a seguinte escala (de 'Nunca' a 'Todo o tempo'), responda cada item, marcando com X:

020) O horário de seu trabalho é ...	**Nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Muitas vezes**	**Todo o tempo**	**Não se aplica**
020.1) Definido pela empresa/organização sem possibilidade de alteração						
020.2) Uma escolha entre vários horários de trabalho fixos, determinados pela empresa/organização						
020.3) Adaptado por você dentro de certos limites (ex.: poder ocasionalmente trocar horário sob justificativa)						
020.4) Inteiramente determinado por você						
020.5) Combinado (acordado) entre você e clientes						
020.6) Combinado (acordado) entre você, colegas e outras pessoas						
020.7) Alterado com frequência pela chefia sem aviso prévio a você						
020.8) Alterado com frequência pela chefia com aviso prévio a você						
021) O seu trabalho implica ...						
021.1) Ritmo acelerado						
021.2) Prazos muito rígidos e muito curtos						
022) De uma maneira geral, o seu ritmo de trabalho depende ... ?						
022.1) Do trabalho feito pelos seus colegas						
022.2) Dos pedidos diretos de pessoas como os clientes, os passageiros, os alunos, os usuários, os pacientes, etc.						
022.3) De objetivos quantitativos de produção ou desempenho						
022.4) Da velocidade automática de uma máquina ou do movimento de um produto						
022.5) Do controle direto do seu chefe						
023) O seu trabalho lhe exige ... ?						
023.1) Respeitar normas (administrativas, técnicas, de segurança, etc.)?						
023.2) Avaliar por você mesmo(a) da qualidade do seu trabalho?						
023.3) Resolver por você mesmo(a) problemas imprevistos?						
023.4) Realizar tarefas monótonas?						
023.5) Realizar tarefas repetitivas?						
023.6) Realizar tarefas complexas?						
023.7) Aprender coisas novas?						
023.8) Interromper uma tarefa para realizar outras						
023.9) Ser contatado por e-mail e/ou por telefone fora do seu horário						
024) Você pode escolher ou modificar ... ?						
024.1) A ordem das suas tarefas?						
024.2) Os seus métodos de trabalho?						
024.3) O ritmo da realização das tarefas?						

025) Na execução de suas atividades de trabalho...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
025.1) Você pode receber ajuda de colegas						
025.2) Você pode receber ajuda dos seus superiores/chefes						
025.3) você pode receber ajuda externa à empresa/organização						
032.4) Você tem influência sobre a escolha dos seus colegas de trabalho						
025.5) Você pode fazer pausa quando desejar						
025.6) Você tem tempo suficiente para terminar o seu trabalho						
025.7) Você é livre para decidir quando tira férias ou dias de folga						
025.8) Você pode negociar com chefes e colegas quando tirar férias e/ou dias de folga						
025.9) Você tem oportunidade para fazer o que sabe fazer melhor						
025.10) Você pode fazer um trabalho bem feito nas condições de trabalho atuais.						
025.11) Você pode pôr em prática as suas idéias						
025.12) Você é intelectualmente exigido (desafiado)						
025.13) Você precisa apresentar emoções específicas						
025.14) Você precisa dissimular suas emoções						
026) As suas atividades são executadas ...?						
026.1) por você sozinho						
026.2) em equipe						
027) O que você faz é definido ...						
027.1) Previamente por setores aos quais você tem pouco acesso						
027.2) Em manuais de serviço que você precisa seguir passo a passo						
027.3) Por seu chefe/administrador sozinho						
027.4) Por seu chefe/administrador após ouvir a equipe de trabalho						
027.5) Pela equipe de trabalho						
027.6) Por você, planejando independentemente						
027.7) Por você, negociando com colegas e chefes						
028) Suas atividades e funções exigem...						
028.1) **A**s qualificações e experiência que você já tem						
028.2) Atualizações						
028.3) Formação suplementar ao que já tenho						
029) Quanto às suas responsabilidades você responde por...						
029.1) Danos a equipamentos, máquinas e objetos						
029.2) Por qualidade no atendimento a outras pessoas						
029.3) Erros técnicos no desenvolvimento de seu trabalho						

Veja o verso

030) Nos últimos 12 meses, você participou de algum tipo de formação para melhorar as suas competências?

( ) Sim ( ) Não

030.1) Se sim, quem pagou por esta formação?

( ) Você.
( ) Seu empregador.
( ) Outro, com anuência do empregador.

030.2) Quanto tempo durou tal formação? _____dias

030.3) Participou de outro tipo de formação ou aprendizagem (por ex: auto-aprendizagem, seminários na internet, etc)

( ) Sim ( ) Não

Condições de trabalho: ambiente sociogerencial

031) No último ano, você...?	**Nunca**	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Muitas vezes**	**Sempre**	**Não se aplica**
031.1) Teve uma discussão franca com o seu chefe acerca do desempenho da sua função?						
031.2) Foi consultado sobre mudanças na organização do trabalho e/ou nas suas condições de trabalho?						
031.3) Foi sujeito a uma avaliação formal regular do desempenho das suas funções?						
031.4) Discutiu com o seu chefe problemas relacionados ao trabalho?						
031.5) Foi informado sobre os riscos de acidentes no trabalho						
031.6) Foi informado sobre os riscos de adoecimento decorrente do trabalho						
032) Em seu trabalho, você está exposto a:						
032.1) Pressão por decisões rápidas						
032.2) Falta de material necessário para a realização de suas tarefas						
032.3) Falta de equipamentos/ferramentas adequadas						
032.4) Exigências desproporcionais às condições de trabalho						
032.5) Conflitos com colegas e chefias						
032.6) Exigências conflitantes com seus princípios e valores						
032.7) Realizar tarefas diferentes das suas						
032.8) Sobrecarga de tarefas						
032.9) Realizar tarefas conflitivas ou contraditórias						
032.10) Realizar tarefas desagradáveis						
032.11) Ficar sem fazer nada						
032.12) Assumir responsabilidade por punir						

033)No último ano, esteve sujeito no trabalho a...?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não se aplica
033.1) Agressões verbais?						
033.2) Ameaças de violência física?						
033.3) Violência física?						
033.4) Intimidações / perseguição?						
033.5) Discriminação de sexo (homem x mulher)?						
033.6) Assédio sexual?						
033.7) Discriminações ligadas à idade?						
033.8) Discriminações ligadas à nacionalidade?						
033.9) Discriminações ligadas a questões raciais?						
033.10) Discriminação ligada à classe social?						
033.11) Discriminação ligada à religião?						
033.12) Discriminação ligada a características pessoais (altura, surdez, cegueira, gagueira, etc.)?						
033.13) Discriminação ligada a preferências sexuais?						
033.14) Discriminação ligada à história pessoal (prostituição, ex-presidários, portadores de doenças contagiosas ou crônicas, etc.)?						

034) Quantas pessoas trabalham com você aqui (no setor ou unidade administrativa)

( ) Sozinho	( ) 50 a 99 pessoas
( ) 2 a 4 pessoas	( ) 100 a 249 pessoas
( ) 5 a 9 pessoas	( ) 250 a 499 pessoas
( ) 10 a 49 pessoas	( ) 500 e mais pessoas

035) Quantas pessoas trabalham sob a sua direção e dependem de você para receber aumentos de salário, prêmios ou promoções?

_____pessoas ( ) Nenhuma

Veja o verso

QSG-60

INSTRUÇÕES

Gostaríamos de saber se você tem tido alguma enfermidade ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor marque com um **X** a resposta que a seu ver corresponde mais ao que você sente ou tenha sentido. Lembre-se que queremos conhecer os problemas recentes, atuais, não os que você tenha tido no passado. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS.**

1-Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde? ( ) Melhor que de costume ( ) Como de costume ( ) Pior que de costume ( ) Muito pior do que de costume
2-Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
3-Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadiço? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
4-Tem se sentido mal de saúde? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
5-Tem sentido dores de cabeça? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
6-Tem sentido dores na cabeça? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
7-Tem sido capaz de se concentrar no que faz? ( ) Melhor que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
8-Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
9-Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
10-Tem suado (transpirado) muito? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
11-Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
12-Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
13-Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
14-Tem perdido muito sono por causa de preocupações? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
15-Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental? ( ) Melhor que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos lúcido que de costume ( ) Muito menos lúcido do que de costume

16-Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)? ( ) Melhor que de costume ( ) Como de costume ( ) Com menos energia que de costume ( ) Com muito menos energia do que de costume
17-Tem sentido dificuldade em conciliar o sono (pegar no sono)? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
18-Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono ? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
19-Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
20-Tem tido noites agitadas e mal dormidas? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
21-Tem conseguido manter-se em atividades e ocupado? ( ) Mais que de costume ( ) Como de costume ( ) Um pouco menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
22-Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres? ( ) Mais rápido que de costume ( ) Como de costume ( ) Mais tempo que de costume ( ) Muito mais tempo do que de costume
23-Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
24-Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
25-Tem tido menos cuidado com suas roupas? ( ) Mais cuidado que de costume ( ) Como de costume ( ) menos cuidado que de costume ( ) Muito menos cuidado do que de costume
26-Tem saído de casa com a mesma freqüência de costume? ( ) Mais do que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
27-Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar? ( ) Melhor que de costume ( ) Mais ou menos igual ( ) Um pouco pior ( ) Muito pior
28-Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres? ( ) Melhor que de costume ( ) Como de costume ( ) Pior que de costume ( ) Muito pior do que de costume
29-Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais atrasado que de costume ( ) Pouco mais atrasado que de costume ( ) Muito mais atrasado do que de costume
30- Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades? ( ) Mais satisfeito que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos satisfeito que de costume ( ) Muito menos satisfeito do que de costume
31-Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o cercam? ( ) Mais que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
32-Tem achado fácil conviver com outras pessoas? ( ) Mais fácil do que de costume ( ) Tão fácil como de costume ( ) Mais difícl que de costume ( ) Muito mais difícil do que de costume
33-Tem gasto muito tempo batendo papo? ( ) Mais que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume

Veja o verso

34-Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo)? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
35-Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida? ( ) Mais útil que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos útil que de costume ( ) Muito menos útil do que de costume
36-Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas? ( ) Mais que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
37-Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
38-Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
39-Tem se sentido constante mente sob tensão? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
40-Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
41-Tem achado a vida uma luta constante? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
42-Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias? ( ) Mais que de costume ( ) Como de costume ( ) Um pouco menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
43-Tem tido pouca paciência com as coisas? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
44-Tem se sentido irritado e mal humorado? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
45-Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
46-Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas? ( ) Mais capaz do que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos capaz do que de costume ( ) Muito menos capaz do que de costume
47-Tem sentido que suas atividades tem sido excessivas para você? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
48-Tem tido sensação de que as pessoas olham para você? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
49-Tem se sentido infeliz e deprimido? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
50-Tem perdido a confiança em si mesmo? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
51-Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume

52-Tem sentido que a vida é completamente sem esperanças? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
53-Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro? ( ) Mais que de costume ( ) Como de costume ( ) Menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
54-Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz? ( ) Mais que de costume ( ) Assim como de costume ( ) Menos que de costume ( ) Muito menos do que de costume
55-Tem se sentido nervoso e sempre tenso? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
56-Tem sentido que a vida não vale a pena? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
57-Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo? ( ) Definitivamente, não( ) Acho que não( ) passou-me pela cabeça ( ) Definitivamente, sim
58-Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada por que está muito mal dos nervos? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
59-Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo? ( ) Não, absolutamente ( ) Não mais que de costume ( ) Um pouco mais que de costume ( ) Muito mais do que de costume
60-Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem-se mantido em sua mente? ( ) Definitivamente, não( ) Acho que não( ) passou-me pela cabeça ( ) Definitivamente, sim

Escala de Bem-Estar Afetivo no Trabalho

INSTRUÇÕES

Abaixo estão afirmações que mostram afetos diferentes que o trabalho pode fazer a pessoa sentir. Por gentileza, leia atentamente as frases abaixo e indique o quanto o seu trabalho tem feito você sentir nos **últimos 30 dias** cada um dos afetos listados. Pedimos-lhe que, para cada afeto marque com um **X** a resposta que corresponde mais ao que tem sentido. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS.**

Meu trabalho me faz sentir...	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
01. Tranqüilo					
02. Incomodado					
03. Com energia					
04. Com raiva					
05. Contente					
06. Desencorajado					
07. Entusiasmado					
08. Desgostoso					
09. Satisfeito					
10. Triste					
11. Empolgado					
12. Furioso					

Veja o verso

Roteiro do grupo focal

1. Que cargos vocês ocupam neste hospital?
2. Descrevam este hospital da forma como vocês o vêem.
3. Quais são as condições de trabalho neste hospital?
4. Existem diferenças entre o trabalho realizado por vocês e aquele esperado pela instituição ?
5. Existem funcionários que apresentam problemas relativos à saúde psíquica?
6. Estes problemas possuem relação com o trabalho?
7. Como são tratados estes problemas?
8. O que é o SIASS?
9. Há alguma ação institucional específica para cuidar da saúde psíquica dos funcionários?
10. Para vocês, quais os pontos mais importantes desta discussão que tivemos?
11. Nossa discussão abordou... (resumo da temática discutida).
12. Alguma coisa foi esquecida?

Diário de campo

Local da observação:
Data:

Observações e comentários: